

STANISŁAW KOPER, ELIGIUSZ MADEJ

Ograniczone rozszerzenie przełyku u krowy

Katedra Chirurgii Wydziału Weterynarii WSR w Lublinie
Kierownik: prof. dr M. LEWANDOWSKIKatedra Chorób Wewnętrznych Wydziału Weterynarii WSR
w Lublinie
Kierownik: doc. dr E. PINKIEWICZ

Rozszerzenie przełyku pod względem morfologicznym jest symetrycznym poszerzeniem jego światła, w odróżnieniu od workowatości lub uchyłkowatości, które odnoszą się do poszerzenia światła przełyku tylko w jednym kierunku. Rozszerzenie przełyku u zwierząt jest zwykle następstwem zwężenia jego światła spowodowanym uciskiem z zewnątrz jego ściany. Ucisk mogą powodować guzy nowotworowe, powiększone nowotworowo lub zapalnie węzły chłonne oraz zawiązki układu naczyniowego (aorty). Rozszerzenie światła przełyku mogą powodować również nowotwory, pochodzące ze struktur tkankowych przełyku.

Rozszerzenie przełyku obejmuje zwykle ograniczony odcinek jego światła i rozwija się w kierunku dogłowym od miejsca zwężenia. U zwierząt młodych (psy, koty) rozszerzenie przełyku obejmujące jego część piersiową, a nawet szyjną może być następstwem kurczu wpustu (achalazja) którego przyczyny u zwierząt nie są do tej pory dostatecznie wyjaśnione (2).

Do rozszerzenia światła przełyku u bydła może prowadzić również częściowe uszkodzenie ściany przełyku spowodowane nieostrożnym użyciem sondy przełykowej (8). Gojenie takich uszkodzeń odbywa się przez tworzenie tkanki bliznowatej, która stopniowo zaciska przełyk powodując zwężenie jego światła i wtórne rozszerzenie części przełyku położonej dogłowo.

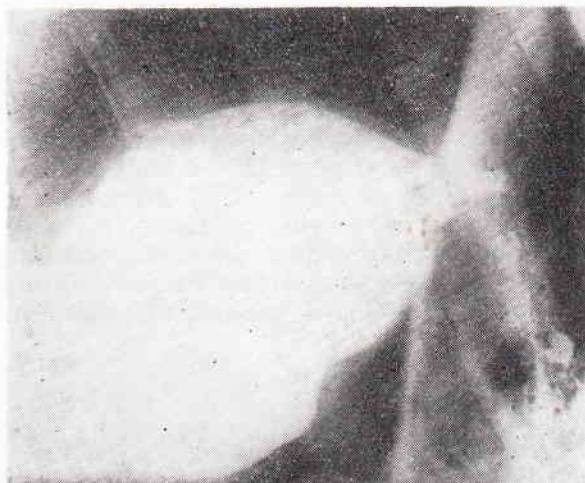
Podobne następstwa sprowadzają również zabiegi chirurgiczne na przełyku (7).

Zaburzenia czynnościowe związane z rozszerzeniem przełyku polegają na utrudnionym pasażu połykanego pokarmu do żwacza oraz utrudnionej ewakuacji treści żwacza do jamy ustnej w czasie przeżuwania. W poszerzonej części przełyku gromadzi się z reguły pokarm, którego obecność wraz z domieszką śliny, powoduje macerację nabłonka błony śluzowej przełyku oraz jej erozję i owrzodzenie (1, 6).

Przypadek własny rozszerzenia przełyku — odnotowany wśród pacjentów leczonych stacjonarnie — dotyczył krowy cz. b. lat 8 (ks. kl. 136/69) będącej własnością ob. W. W. Powodem zgłoszenia zachorowania były okresowo pojawiające się wymioty, które po raz pierwszy właściciel zauważył przed ok. sześcioma miesiącami. Wymioty zwykle następowały po karmieniu, a treścią wymiocin była ślina z domieszką karmy. Okresy poprawy w których właściciel nie obserwował w/w objawów początkowo kilkunastodniowe z czasem stawały

się coraz krótsze. Krowa mimo zachowanego apetytu chudła.

Badaniem klinicznym stwierdzono zły stan ogólny, wyrażający się znacznym wychudzeniem zwierzęcia. Krowa poruszała się niechętnie a w spoczynku wykazywała osowiałość i postawę zgarbioną. Węzły chłonne podżuchwowe były nieznacznie powiększone, a błony śluzowe naturalnych otworów ciała — bledoróżowe. Ponadto stwierdzono objawy duszności mieszanej i nieznaczną wrażliwość przy omacywaniu przestrzeni międzyżebrowych w 1/3 środkowej klatki piersiowej. Opukiwanie 9 i 10 żebra — bolesne. Próby bólowe (Kalchschmidta, Ruegga, Williamsa) z wyjątkiem próby drażkowej — dodatnie. Ruchy żwacza były niepełne w ilości 5/5 min., żwacz pusty, perystaltyka jelit osłabiona. Układ sercowo-naczyniowy mimo przyspieszenia akcji serca, nie budził zastrzeżeń. C — 37,9°C, T — 80, O — 12. Morfologia krwi: cck — 646 000, bck — 5900. Obraz cdsetkowy: limfocyty — 24, segmentowane — 39, pałeczkowate — 23, monocyty — 3, eozynofile — 3. Próba pojenia krowy nie wykazywała zaburzeń połykania ani objawów wymiotów. Sondowanie przełyku wykazało przeszkodę umiejscowioną w odcinku śródpiersiowym (między sercem a przeponą).



Ryc. 1.

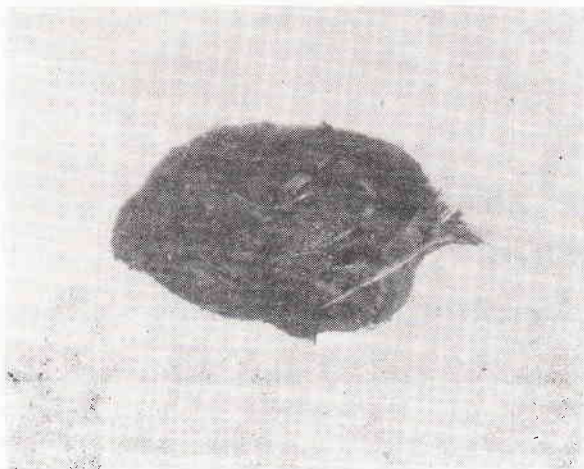
Badaniem radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono w tylnym polu płucnym cień o dość znacznym wysyceniu, okrągłego kształtu, o nieco wydłużonym zarysie tylnym i wymiarach 18×18. Jego część przednia nakładała się na rozgałęzienie pnia tętnicy płucnej i nie ograniczała ruchomości oddechowej rysunku naczyniowego płuc. Dolny zarys cienia ostro odcinał się od prawidłowej przejrzystości miąższu płucnego, a jego brzeg górny był okresowo konturowany wąskim pasmem przejaśnienia, które pochodziło od gazów ewakuowanych ze żwacza do przełyku. Ponieważ badanie to nie wyjaśniło, czy chodzi tu o guz związany ze ścianą przełyku czy też ucisk tylko jego ściany z zewnątrz wykonano dodatkowo badanie kontrastowe przełyku. Zawiesinę barytu podawano

z butelki do jamy ustnej, śledząc na ekranie jej pasaż w odcinku piersiowym. Stwierdzono prawidłowe fale perystaltyczne przełyku, które na poziomie guza ulegały zanikowi. Środek cieniujący zatrzymywał się na całej powierzchni zacielenia i po krótkim czasie, w



Ryc. 2.

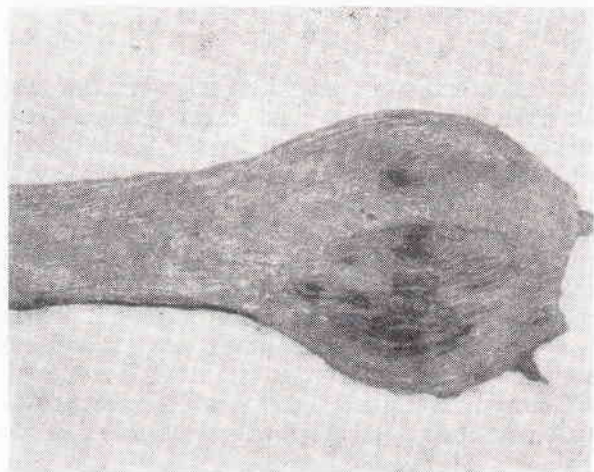
skim strumieniem przedostawał się do żwacza. Zauważono również, że akt ten nie był bierny a towarzyszył mu nieznaczny skurcz, uwidoczny wyraźnie na dolnym zarysie guza, który to obraz zarejestrowano na zdjęciu upatrzonym (ryc. 1). Fakt ten pozwolił rozpoznać rozszerzenie przełyku chociaż nie wykluczał ani też potwierdzał obecność nowotworu, który mógł to rozszerzenie spowodować. Za obecnością tego rodzaju patologii przemawiały stopniowo narastające i pogłębiające się znamiona niedrożności przełyku. Dla wyjaśnienia tego zagadnienia przeprowadzono u krowy rumenotomię, której celem było skontrolowanie przedprze-



Ryc. 3.

nowego odcinka przełyku. Jego śródoperacyjna eksploracja wykazała, że w poszerzonym odcinku znajduje się zbita treść pokarmowa złożona głównie ze słomy, siana i plew (ryc. 3) tworząca w całość bezoar o dość twardej kon-

stystencji. Po jego usunięciu, krowę pozostawiono na dalszym leczeniu, które w okresie pooperacyjnym polegało na przestrzeganiu diety (wywar z siemienia lnianego z dodatkiem otrąb pszennych) i podawaniem ogólnym antybiotyków. Należy podkreślić, że w okresie kilku dni po operacji krowa wykazywała znaczny apetyt. W siódmym dniu po zabiegu operacyjnym pojawiły się wymioty, których nasilenie i częstotliwość narastały w ciągu następnych dni. Badanie radiologiczne klatki piersiowej, ujawniło podobny stan, jaki stwierdzono przed zabiegiem operacyjnym. Dla uzyskania dostępu do przełyku i poprawienia warunków pasażu pokarmu do żwacza, wykonano torakotomię. Zabieg ten przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym na stojącym zwierzęciu. Śródoperacyjnie, po wyosobnieniu przełyku próbowano przesunąć ręką, zalegającą w jego rozszerzonej części treść pokarmową do żwacza. Jednak jej konsystencja jak i obawa uszkodzenia zmienionej w tym miejscu ściany przełyku nie pozwoliły na zrealizowanie tego zamiaru. Po zamknięciu szwem piętrowym ściany klatki piersiowej krowę uspio. Badanie



Ryc. 4.

anatomiczne potwierdziło rozpoznanie przyżyciowe (ryc. 2), przy czym ujawniło również liczne ogniska martwicy błony śluzowej przełyku w miejscu rozszerzenia (ryc. 4), stwierdzono ponadto znaczne powiększenie woreczka żółciowego ze stagnacją żółci (ryc. 5). Badaniem histopatologicznym (doc. dr T. Ziolo) skrawków pobranych ze zmienionego odcinka przełyku, stwierdzono ogniska martwicy nabłonka i powierzchownej warstwy błony śluzowej, z wyraźnie zaznaczonym odczynem zapalnym.

Ograniczone rozszerzenie przełyku u zwierząt należy do rzadkich przypadłości chorobowych. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleźliśmy podobnych opisów, a ujęcia podręcznikowe, traktujące o patologii przełyku — w odniesieniu do bydła — są raczej marginesowe. Całość obrazu klinicznego, anatomo-

-patologicznego i histopatologicznego w opisanym przypadku nie pozwala na wyciągnięcie wniosków, które określałyby przyczynę rozszerzenia, tym niemniej wydaje się prawdopodobnym, że uraz ściany przełyku był przyczyną pierwotną indukującą opisany we wstępie mechanizm rozszerzenia. Piersiowy odcinek przełyku w jego części przedprzeponowej, jest miejscem podatnym na urazy tak ze strony karmy (suche łądygi, ciała obce), jak i na sku-



Ryc. 5.

tek nieostrożnego użycia sondy przełykowej. Wartym podkreślenia jest tutaj podobieństwo niektórych objawów klinicznych (podanych w tekście) do objawów urazowego zapalenia czepca (uzc). Okoliczność ta powiększa wachlarz jednostek chorobowych, które należy brać pod uwagę w diagnostyce różniczkowej uzc u krów oraz podkreśla konieczność śródoperacyjnego badania końcowej części przełyku. Wydaje się to potrzebne szczególnie przy braku ciał obcych w czepcu i uzc.

Godnym wzmianki jest również przeprowadzone w opisanym przypadku badanie radiolo-

giczne klatki piersiowej oraz badanie przełyku z użyciem zawiesziny barytu. Badanie to oprócz informacji morfologicznych, pozwala również ocenić stan czynnościowy przełyku i rynienki przełykowej. W warunkach fizjologicznych czynności ich związane są z prawidłowym funkcjonowaniem układu wegetatywnego a szczególnie z funkcją n. błędnego. Uszkodzenie n. błędnego znosi czynność rynienki przełykowej i możliwość „przenoszenia” płynnej treści pokarmowej do czepca i ksiąg (3). Fakt, że w opisanym przypadku baryt wydostawał się z przełyku bezpośrednio do żwacza może przemawiać za takim właśnie uszkodzeniem. Potwierdza to również stwierdzony sekcyjnie nadmiernie powiększony pęcherzyk żółciowy. Podobny stan obserwował autor (4), u psów po wagotomii oraz znany jest on również u ludzi po wagotomii selektywnej (5). Uszkodzenie w opisanym przypadku nerwów błędnych jest tym bardziej możliwe, że w odcinku piersiowym nerwy błędne — po wzajemnej wymianie włókien — przechodzą po stronie brzusznej i grzbietowej przełyku na obszar jamy brzusznej. Wydaje się, że opisany przypadek ograniczonego rozszerzenia przełyku mimo niepomyślnego zejścia wzbogaca patologię i klinikę schorzeń przełyku u bydła.

Piśmiennictwo

1. Jubb K. V. F., Kennedy P. C.: Pathology of Domestic Animals. Academic Press, New York and London, 1963.
2. Koper S.: Medycyna Wet. 24, 550, 1968.
3. Koper S., Kostyra J.: Wagotomia u owiec (dane nie publikowane).
4. Kostyra J., Koper S., Ważny M.: Annales UMCS, sectio DD, XXII, 19, 1967.
5. Rudick J., Hutchinson J.: Lancet, 7333, 579, 1964.
6. Runnells R. A.: Animal Pathology. Collegiate Press, INC. Ames Iowa, 1944.
7. Smith H. A., Jones T. C.: Veterinary Pathology. Lea Febiger, Philadelphia, 1961.
8. Smythe R. H.: Veterinary Surgery. Crosby Lockwood u. Son Ltd. London, 1959.

Adres autora: doc. dr Stanisław Koper, Lublin, ul. Lipowa 10 m. 25.

ARTUR STOJKO
Katowice

Stosowanie aparatu AB-15 do znieczuleń ogólnych małych zwierząt

Jednym z ważnych czynników w nowoczesnej chirurgii jest odpowiednie znieczulenie. Wybór środków i metod znieczulenia opiera się na zasadach fizjologii i farmakologii. Stąd anestezjologia jest wiedzą o farmakologicznym działaniu leków zastosowanych w określonych stanach fizjologicznych i patologicznych. Dlatego też bardzo ważny jest sposób podania leku i wywołania nim znieczulenia, jak również jego działanie w sensie farmakologicznym i fizjologicznym na organizm poddany anestezji. Przy podawaniu środka znieczulającego niejednokrotnie musimy korzystać z odpowiedniej apa-

ratury, gdy w grę wchodzi droga wziewnego podania.

Wykorzystuje się w tym wypadku wymianę gazową, jaka fizjologicznie zachodzi między pęcherzykiem płucnym a krwią, dodając odpowiednią ilość gazu znieczulającego do normalnego powietrza wdychanego przez pacjenta. Czynnikiem ten uwarunkowany jest tym, że anestezjolog musi podać dany lek w odpowiednim stężeniu, jak również po uprzednim przygotowaniu pacjenta przed wprowadzeniem go w stan znieczulenia ogólnego.