



В. Н. Лыхман

ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
АМН Украины», г. Харьков

© В. Н. Лыхман

## ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПИЩЕВОДА

**Резюме.** В работе изучены результаты хирургического лечения 215 пострадавших с травматическими повреждениями пищевода различной этиологии, у 39 — причиной повреждения явилась тяжелая закрытая травма грудной клетки. У 19 больных основной группы был применен оригинальный способ закрытия дефекта пищевода.

**Ключевые слова:** закрытая травма груди, повреждение пищевода, хирургическое лечение.

### Введение

Повреждения пищевода при тяжелой закрытой травме груди встречаются у 3,8—8,4% пострадавших [1, 3, 6, 9]. Независимо от уровня повреждения при подобных травмах посттравматический период протекает крайне тяжело, сопровождается возникновением гнойно-септических осложнений, что является основной причиной неудовлетворительных результатов лечения [4, 5, 10]. Оперативное вмешательство по поводу разрыва грудного отдела пищевода при травме груди чаще происходит во время торакотомии, выполняемой по поводу повреждений других внутригрудных органов, так как диагностика данного осложнения в раннем посттравматическом периоде значительно затруднена [1, 2, 5, 8, 9]. При закрытой травме сложность диагностики разрывов пищевода обусловлена множеством сочетанных поражений, клинически проявляющихся более остро. На фоне тяжелого состояния пострадавшего разрывы пищевода распознать трудно, однако при тщательном клиническом исследовании и использовании специальных инструментальных методов диагноз разрыва пищевода вполне реально установить уже в первые часы после травмы [1, 2, 7, 9].

В настоящее время единого мнения по поводу объема оперативного пособия при травматических повреждениях пищевода нет. Анализ результатов лечения данной категории больных показал летальность 57—85%, поэтому ушивания раны пищевода недостаточно для благоприятного исхода [1, 2, 3, 4, 5, 9, 10]. Необходимо выполнение ряда других мероприятий, последовательность и объем которых требуют дальнейших разработок и изучения.

*Цель исследования* — улучшение результатов лечения больных с травматическим повреждением внутригрудного отдела пищевода за счет профилактики послеоперационных осложнений.

### Материалы и методы

Нами был проведен анализ результатов лечения 215 пострадавших с травматическими повреждениями пищевода различной этиологии, которые находились на лечении в отделениях политравмы и шока «ГУ Институт общей и неотложной

хирургии АМН Украины» и Городской клинической больницы скорой и неотложной помощи им. проф. А.И. Мещанинова (Харьков) с 1993 по 2010 г. Количество мужчин составило 87 (39,5%), женщин — 128 (60,5%). Тяжелая закрытая травма грудной клетки как причина повреждения пищевода отмечена у 39 (18,1%) больных. Наиболее частой локализацией дефекта был внутригрудной отдел — в 132 (61,4%) случаях. Группу сравнения составили 20 пострадавших, лечение которых проводилось традиционными методами, из 19 больных была сформирована основная группа, у которой применен предложенный нами способ закрытия дефекта пищевода.

Все пострадавшие были обследованы по общеклинической схеме, дополнительно к которой применены рентгенологическое исследование органов грудной клетки с контрастированием пищевода водорастворимым контрастом, фиброэзофагоскопия, ультразвуковое исследование, компьютерная томография. В клинике института использование всех перечисленных диагностических методик возможно круглосуточно. Основными мы считали рентгенологический метод и фиброэзофагоскопию, КТ и УЗИ применялись при неоднозначных результатах предыдущих исследований.

### Результаты исследования и их обсуждение

Выявление повреждения внутригрудного отдела пищевода являлось показанием для срочной операции, в некоторых случаях — после проведения кратковременной предоперационной подготовки, направленной на стабилизацию витальных функций, а при наличии сочетанных повреждений — определения их приоритетности. Выбор доступа определялся уровнем дефекта и наличием сопутствующих повреждений. В подавляющем большинстве случаев проводилась торакотомия — в 164 (84,1%) случаев, у 11 (5,6%) пострадавших с повреждением нижнегрудного отдела удалось устранить дефект из абдоминального доступа после диафрагмотомии по А.Г. Савиных.

Исходя из этих данных нами был предложен и внедрен в клиническую практику способ хирургического лечения повреждений внутригрудного отдела пищевода, направленный на предупреждение



дение несостоятельности швов (Патент №44957. Украина). Была поставлена задача создания способа хирургического лечения посттравматического дефекта пищевода, позволяющего осуществить предупреждение механической и химической нагрузки на швы пищевода за счет изоляции от попадания секретов пищи и слюнных желез, питания через зонд, а также декомпрессии пищевода и желудка через зонд.

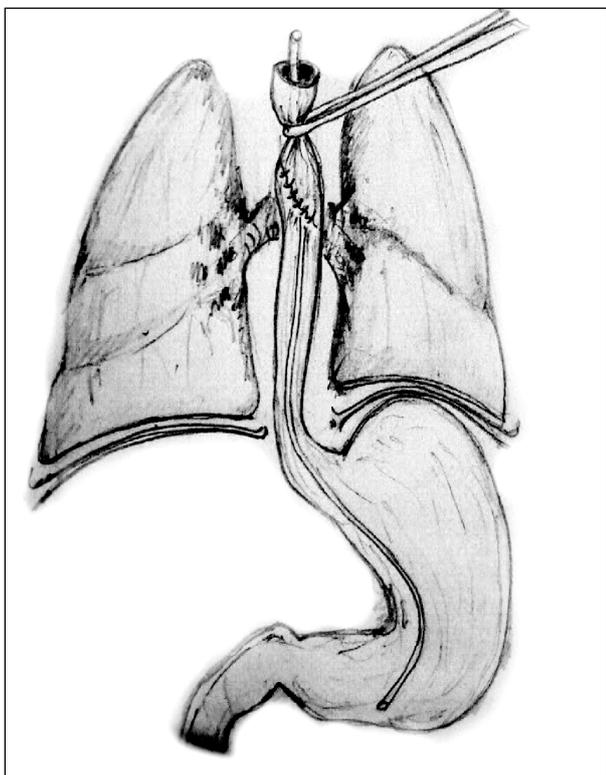


Рис. Хирургическое лечение посттравматического дефекта пищевода

Поставленная задача решается тем, что в процессе профилактики осложнений устранения дефекта пищевода, включающем ушивание дефекта внутригрудного отдела пищевода на зонде, дренирование плевральной полости и трансназальное заведение в желудок зонда, дополнительно через контрапертуру в реберно-позвоночной области

на пищевод выше зоны пластики циркулярно накладывали турникет (петлю), подтягивали его снаружи до полного перекрытия просвета пищевода, а натяжение турникета периодически ослабляли вплоть до полного заживления раны пищевода.

Циркулярное наложение на пищевод выше зоны пластики турникета позволяет предупредить механическую и химическую травматизацию линии швов за счет создания условий для дренирования содержимого пищевода по трансназальному зонду. Периодическое ослабление натяжения турникета дает возможность избежать ишемии стенки пищевода в этой зоне.

Сложности клинической картины данной патологии, сочетающейся с повреждением других жизненно важных органов груди, не позволили у 11 больных группы сравнения установить повреждение пищевода в первые сутки с момента поступления. Данное обстоятельство, наряду с примененной в дальнейшем хирургической тактикой, не позволило избежать несостоятельности швов пищевода у 15 (75,0%) пострадавших, что обусловило высокий показатель гнойно-септических осложнений — 17 (85,0%) больных, и уровень летальности — 14 (70,0%) больных. В основной группе раннее выявление дефекта пищевода, ушивание стенки пищевода с использованием предложенного нами способа профилактики несостоятельности швов позволило снизить количество гнойно-септических осложнений на 53,5% (в основной группе эмпиема плевры развилась в 6 (31,5%) случаях, летальность составила 42,1% (8 пострадавших), что на 27,9% ниже, чем в группе сравнения. Признаки несостоятельности швов были выявлены в 5 (26,3%) случаях).

### Выводы

Результаты применения предложенного нами способа хирургического лечения посттравматических дефектов пищевода, направленного на предупреждение несостоятельности швов, позволяют рекомендовать его использование в клинической практике у данной тяжелой категории больных.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Сочетанные ранения груди / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, А.Н. Смоляр, П.О. Бурчуладзе // Тезисы докладов 1-го конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». — М., 2005. — С. 202—203.
2. Авилова О.М. Торакоскопия в неотложной грудной хирургии / О.М. Авилова, В.Г. Гетьман, А.В. Макаров — К.: Здоров'я, 1986. — 128 с.
3. Брунс В.А. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной травме груди в раннем периоде травматической болезни / В.А. Брунс // Актуальные вопросы торакальной хирургии: тез. докл. Республиканской конференции и пленума проблемной комиссии. — Пермь, 1998. — С. 18—20.
4. Вагнер Е.А. Хирургия поврежденных груди / Е.А. Вагнер. — М.: Медицина, 1981. — 288 с.
5. Ермолов А.С. Основные принципы диагностики и лечения сочетанной травмы / А.С. Ермолов // 50 лекций по хирургии: под ред. В.С. Савельева. — М., 2004. — С. 540—548.
6. Хирургическая помощь при закрытой травме груди мирного времени / К.Н. Сазонов, А.А. Васильев, Л.В. Деркачева, К.Л. Меньжонков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1999. — №1. — С. 84.
7. Тулунов А.Н. Возможности прогнозирования посттравматической эмпиемы плевры / А.Н. Тулунов, Д.Р. Ивченко // Скорая медицинская помощь. — 2004. — №3. — С. 198—199.
8. Driever F. Thoracic stab wound caused by a grilling scewer with deformation of the tool / F. Driever, B. Madea // Arch. Kriminol. — 2003. — Vol. 211. — №5—6. — P. 174—180.
9. Thoracic trauma: an analysis of 521 patients / A. Basoglu, A.O. Akdag, B. Celik, S. Demircan // Ulus Travma Derg. — 2004. — Vol 10. — №1. — P. 42—46.
10. Wong M.S. Videothoracoscopy an effective method for evaluating and managing thoracic trauma patients / M.S. Wong, E.K. Tsoi, V.J. Henderson // Surg. Endosc. — 2006. — Vol. 10, №2. — P. 118—121.



ПРОФІЛАКТИКА  
УСКЛАДНЕНЬ ПРИ  
ТРАВМАТИЧНИХ  
УШКОДЖЕННЯХ  
СТРАВОХОДУ

*В.М. Лихман*

**Резюме.** У роботі вивчено результати хірургічного лікування 215 постраждалих із травматичними ушкодженнями стравоходу різної етіології, у 39 — причиною ушкодження була тяжка закрита травма грудної клітки. У 19 хворих основної групи було використано оригінальний спосіб закриття дефекта стравоходу.

**Ключові слова:** *закрита травма грудей, ушкодження стравоходу, хірургічне лікування.*

PREVENTION OF  
COMPLICATIONS IN  
TRAUMATIC INJURIES OF  
ESOPHAGUS

*V.N. Lykhtan*

**Summary.** Results of treatment of 215 patients with severe blunt thoracic trauma were studied, in 39 patients severe blunt trauma was the cause of injury. In 19 patients of study group original method of esophagus defect closure was applied.

**Key words:** *blunt trauma, injuries of esophagus, surgical treatment.*