



А. В. Белов, Н. В. Дука,  
О. А. Юрко, Е. И. Боровський,  
Д. В. Тоноян

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ ПИЩЕВОДА

ГУ «Днепропетровская  
медицинская академия  
МЗ Украины», Областной  
торакальный центр,  
КУ «16 ГКБ» ДООС

© Коллектив авторов

**Резюме.** Представлен анализ результатов лечения 14 больных с перфорациями пищевода. Рассмотрены этиология, проблемы диагностики различных вариантов течения заболевания. Оценены методы консервативного и хирургического лечения заболевания. В 2 случаях проведено консервативное лечение, в 7 — оперативное лечение, которое включало ушивание дефекта пищевода и дренирование средостения и плевральной полости. В 5 случаях проводилось лечение гнойных осложнений без ушивания пищевода. Сроки госпитализации у больных с ушиванием пищевода составили  $(44,2 \pm 8,1)$  дня, без ушивания  $(66,5 \pm 15,5)$  дня. Послеоперационная летальность составила 21,4 %.

**Ключевые слова:** перфорация пищевода, оперативное лечение, ушивание пищевода.

### Введение

Перфорации пищевода являются не столь часто встречающейся патологией желудочно-кишечного тракта по сравнению с перфорациями других его отделов. Однако в силу ряда анатомических особенностей эта патология относится к очень тяжелым и потенциально смертельным повреждениям. Большая летальность (18,2–27,7 %) при данной патологии [1, 3], прежде всего, обусловлена развитием тяжелых гнойных осложнений, развивающихся в первые часы после перфорации, а также особенностями средостения и сложностями адекватного дренирования и санации [2].

Причинами перфорации, чаще всего, являются инородные тела пищевода и лечебные манипуляции по их удалению, диагностические и лечебные мероприятия, травмы, реже спонтанные разрывы и перфорации в следствие заболеваний пищевода [6].

### Цель работы

Обобщить опыт лечения больных с перфорацией пищевода и систематизировать лечебные мероприятия для улучшения результатов лечения.

### Материалы и методы исследований

В областном торакальном отделении 16 городской клинической больницы г. Днепропетровска за 5-летний период с 2009 по 2013 год проходило лечение 14 больных с перфорациями пищевода. Жители города Днепропетровска из них составили 35,7 %, остальные 64,3 % были жителями Днепропетровской области. Среди наблюдавшихся больных мужчины составили 71,4 % (10), женщины 28,6 % (4). Возраст поступивших больных был от 28 до 79 лет, средний возраст мужчин составил  $(58,1 \pm 4,2)$ ,

женщин  $(49, \pm 8,6)$  лет. Все больные были переведены из других лечебных учреждений, где лечились по поводу язвенной болезни осложненной перфорацией — 2, инородного тела пищевода — 6, эмпиемы плевры — 3, химического ожога пищевода — 1, проводилась диагностическая ФЭГДС — 2.

При поступлении в торакальное отделение перфорация пищевода была диагностирована у 10 (71,4 %) больных, у 3 (21,4 %) была диагностирована эмпиема плевры в ходе лечения, которой была выявлена перфорация пищевода и после уточнения анамнеза выставлен диагноз спонтанного разрыва пищевода. У 1 больного перфорация пищевода была выявлена в ходе лечения химического ожога пищевода щелочью. Повреждения пищевода были локализованы в 21,4 % случаев в шейном отделе, в 35,7 % случаев в среднегрудном отделе и в 42,9 % случаев в наддиафрагмальном отделе пищевода. Перфораций в шейном отделе пищевода (3) в 100 % случаев были связаны с врачебными манипуляциями, из них в 2 случаях при попытках извлечения инородных тел пищевода. Повреждения пищевода в среднегрудном отделе (5) в 2-х случаях были связаны с химическим ожогом и раком пищевода, в 2-х случаях с инородными телами пищевода и в 2-х случаях перфорация наступила после ФЭГДС (одно из которых выполнялось по поводу инородного тела). Причинами перфораций пищевода в наддиафрагмальном отделе стали в 83,3 % случаев спонтанный разрыв пищевода, в 16,7 % случаев разрыв произошел при попытке удаления инородного тела пищевода при ФЭГДС. Таким образом, из 14 случаев поврежденных пищевода в 6 из них перфорация произошла после проведения диагностических либо лечебных мероприя-



тий, при этом в 66,7 % по поводу удаления инородного тела, чаще всего, в связи с попыткой протолкнуть его в нижележащие отделы пищевода.

В качестве диагностических мероприятий всем больным выполнялась ФЭГДС и контрастное рентгенологическое исследование с триамбрасом. При рентгенологическом исследовании в 100 % случаев определялся выход контрастного вещества за пределы пищевода, при ФЭГДС в 3 случаях (21,4 %) перфорация пищевода установлена не была.

Большинство случаев перфораций пищевода сопровождалось гнойными осложнениями в виде флегмоны шеи — 1, эмпиемы плевры — 5, сочетание медиастинита и эмпиемы плевры — 5. В 3 случаях гнойных осложнений не было. Из них в 2-х случаях отмечалась перфорация пищевода без осложнений, когда наблюдался короткий и нитевидный затек контрастного вещества, что склонило решение в пользу консервативного лечения данных больных. В третьем случае в результате перфорации в ретрокардиальном отделе у больной развился гемоперикард, который был ликвидирован в результате оперативного лечения в сочетании с ушиванием пищевода.

При поступлении больных значительно отличались сроки с момента перфорации пищевода. Так в течении первых суток с момента травмы поступило 8 больных, 2-е больных госпитализированы в сроки с момента перфорации до 1 недели, у 4-х больных сроки превышали 2–3 недели. Больные поступали в 50 % случаев с диагнозом перфорация пищевода, из них 5 были жителями Днепропетровска. Все они поступили в течении суток с момента перфорации, что говорит не о хорошей диагностике, а о большей насыщенности эндоскопической аппаратурой так как у 80 % из них перфорация наступила после эзофагоскопий. Жители области (9) были доставлены только в 3 случаях с диагнозом повреждение пищевода, остальные 6 — эмпиема плевры. Только 3 больных поступили в течение первых суток после перфорации, из них 2 после ФЭГДС. Двое больных со спонтанным разрывом пищевода были прооперированы перед поступлением в торакальное отделение по подозрению в перфорации язвы желудка (из них одна диагностическая лапаротомия).

#### Результаты исследований и их обсуждение

При поступлении больных состояние оценивалось как удовлетворительное в 2 (14,3 %) случаях, средней тяжести в — 5 (35,7 %), тяжелое состояние было у 5 (35,7 %) больных. Двух больных (14,3 %) в крайне тяжелом состоянии доставили из реанимационных отделений других больниц.

Больным с диагностированной (при эзофагографии) перфорацией пищевода (2) в удовлетворительном состоянии без клинических, лабораторных и рентгенологических признаков гнойного процесса проводилась консервативная терапия [6], которая заключалась в применении комбинации антибиотиков перекрывающих весь спектр, проведение назогастрального зонда для энтерального питания, этапные рентгенологические и лабораторные исследования. В обоих случаях наступило выздоровление без активного хирургического вмешательства.

Во всех остальных случаях проводилось хирургическое лечение. Мы также, как и многие авторы, считаем, что ушивание пищевода при наличии развивающегося медиастинита позволяет создать резерв времени для проведения активной санации очага, несмотря на практически запланированную несостоятельность швов пищевода [1, 3, 4, 5]. В 1 (7,1 %) случае оперативное лечение было в объеме цервикотомии, ушивании пищевода и широком дренировании клетчаточных пространств шеи. Выключение пищевода из питания происходило путем постановки назогастрального зонда. В 50 % случаев (7) больным проводилась торакотомия (при повреждении среднегрудного отдела — справа, нижнегрудного — слева) с ушиванием пищевода и дренированием клетчаточных пространств средостения и плевральной полости. Для проведения энтерального питания накладывалась гастростома по Штамм–Кадеру с проведением зонда для питания за привратник. Несмотря на ушивание перфорационного отверстия у 57,1 % больных в период 4–6 суток развилась несостоятельность швов пищевода. Больным, поступившим, как правило, в тяжелом состоянии, с диагнозом острая эмпиема плевры (5) выполнялось дренирование плевральной полости. По мере обследования, уточнения анамнеза и диагноза больному проводилось выключение пищевода из питания путем установки назогастрального зонда или наложения гастростомы для питания. Отказ от торакотомии был обусловлен наличием эмпиемы плевры рентгенологических признаков медиастинита и необходимости его дренирования, а также значительным периодом времени (от 7 до 23 суток) прошедшим от начала заболевания, когда эффективность ушивания пищевода при активном гнойном процессе сводится к минимуму. Больным проводилась массивная антибактериальная терапия с учетом микробного спектра с санацией плевральной полости и пассивным плевральным дренажем. Средний койко-день у выздоровевших больных составил  $(47,4 \pm 6,2)$  дня. Для больных, которым проводилось ушивание пищевода, средний койко-



день составил  $(44,2 \pm 8,1)$  дня, больные которым ушивание не проводилось (кроме 2 больных проведенных консервативно) провели в отделении  $(66,5 \pm 15,5)$  дней.

После проведенного лечения в 10 (71,4 %) случаях наступило полное выздоровление с отсутствием остаточных полостей и сужения пищевода. В одном случае (7,1 %) состояние больного стабилизировалось, однако сохраняется пищеводно-плевроторакальный свищ, от оперативного лечения по поводу которого больной отказался.

Летальность среди больных с перфорацией пищевода составила 21,4 % (3 больных). Все больные поступили через 7–18 дней с момента перфорации в тяжелом и агональном состоянии с явлениями односторонней и двусторонней эмпиемы плевры с синдромом полиорганной недостаточности. Всем больным оперативные мероприятия ограничились проведением

полидренирования плевральных полостей. Больные провели в отделении от 1 до 38 суток. Средний койко-день составил  $(15,3 \pm 11,5)$  дней.

#### Выводы

1. Благоприятный прогноз лечения больных с перфорацией пищевода зависит от ранней диагностики патологии и скорейшего начала адекватного хирургического лечения в специализированном отделении.

2. Герметизация дефекта пищеводной стенки — необходимый этап хирургического лечения, позволяющий существенно сократить сроки и улучшить прогноз лечения больных с перфорацией пищевода.

3. Возможно проведение консервативного лечения перфорации пищевода при условиях точечных повреждений с незначительным затеком контрастного вещества и отсутствием клинических проявлений гнойных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Выбор хирургической тактики при лечении разрывов пищевода / В. А. Мартинюк, П. П. Шипулин, В. И. Байдан [и др.] // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми торакальної хірургії», 21-22 жовтня, 2010 р. — Кіровоград, 2010. — Вип. 1, ч. 1. — С. 57–58.
2. Гостищев В. К. Инфекции в торакальной хирургии / В. К. Гостищев. — М., 2004. — 583 с.
3. Результати хірургічного лікування перфорацій стравоходу / І. І. Мітюк, В. Ф. Кривецький, М. А. Полянчук, С. В. Разводовська // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми торакальної хірургії», 21-22 жовтня, 2010 р. — Кіровоград, 2010. — Вип. 1, ч. 1. — С. 60–61.

4. Спонтанный разрыв пищевода / В. М. Тимербулатов, М. А. Нартайлаков, А. М. Авзалетдинов, Ш. В. Тимербулатов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2009. — № 2. — С. 34–37.
5. Погодина А. Н. Спонтанные и гидравлические разрывы пищевода / А. Н. Погодина // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — Воронеж: Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко, 2007. — № 29. — С. 59–62.
6. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода: Руководство для врачей / А. Ф. Черноусов, П. М. Богомольский, Ф. С. Чурбанов. — М.: Медицина, 2000 г. — 341 с.



---

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ  
ПЕРФОРАЦІЙ СТРАВОХОДУ**

*О. В. Білов, Н. В. Дука,  
О. А. Юрко, Є. І. Боровський,  
Д. М. Тоноян*

**Резюме.** Представлено аналіз результатів лікування 14 хворих з перфораціями стравоходу. Розглянуто етіологія, проблеми діагностики різних варіантів перебігу захворювання. Оцінено методи консервативного і хірургічного лікування захворювання. У 2 випадках проведено консервативне лікування, в 7 — оперативне лікування, яке включало ушивання дефекту стравоходу і дренажу середостіння і плевральної порожнини. У 5 випадках проводилося лікування гнійних ускладнень без ушивання стравоходу. Терміни госпіталізації у хворих із ушиванням стравоходу склали  $(44,2 \pm 8,1)$  доби, без ушивання  $(66,5 \pm 15,5)$  доби. Післяопераційна летальність складала 21,4 %.

**Ключові слова:** *перфорація стравоходу, оперативне лікування, ушивання стравоходу*

---

**RESULTS OF TREATMENT  
OF PERFORATIONS  
OF AN ESOPHAGUS**

*A. V. Belov, N. V. Duka,  
O. A. Yurko, E. I. Borovsky,  
D. M. Tonojan*

**Summary.** The analysis of results of treatment of 14 patients with perforations of an esophagus is presented. Problems of diagnostics of various variants of current of disease are surveyed an etiology. Methods of conservative and surgical treatment of disease are estimated. In 2 cases conservative treatment is lead, mending defect of an esophagus and a drainage of a mediastinum and a pleural cavity included in 7 operative treatment which. In 5 cases treatment of purulent complications without mending an esophagus was spent. Terms of hospitalization at patients with esophagorhaphy have made  $(44,2 \pm 8,1)$  day, without esophagorhaphy  $(66,5 \pm 15,5)$  day. The postoperative lethality has made 21,4 %.

**Key words:** *perforation of an esophagus, operative treatment, esophagorhaphy*