

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ СТРАВОХОДУ

О. М. Козачук, І. В. Швейкін, А. В. Комінко, С. І. Орган, А. М. Карнута, С. М. Марценюк

Київська обласна клінічна лікарня

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL INJURY

O. M. Kozachuk, I. V. Shveykin, A. V. Kominko, S. I. Organ, A. M. Karnuta, S. M. Martsenyuk

Kyiv Regional Clinical Hospital

Реферат

Проаналізовані результати діагностики й лікування 19 потерпілих з приводу пошкодження стравоходу різної етіології. Досліджені особливості клінічних проявів, діагностики пошкодження стравоходу на різному рівні та ускладнень. Наведені різні методи лікування потерпілих з огляду на характер пошкодження, строки звернення по медичну допомогу, наявність ускладнень, супутніх захворювань. Запропоновані шляхи оптимізації лікування потерпілих при пошкодженні стравоходу.

Ключові слова: пошкодження стравоходу; перфорація стравоходу; пневмоторакс; емпієма плеври; медіастиніт; трахеостраховідна норичця.

Abstract

Results of diagnosis and treatment of 19 injured persons, suffering esophageal damage of various etiology, were analyzed. Peculiarities of clinical signs and diagnosis of esophageal injury on various levels and complications were investigated. Various methods of the injured persons' treatment, concerning the damage character, terms of appeal for medical care, presence of complications and concurrent diseases, were adduced. Optimal ways of treatment for the injured persons, suffering esophageal damage, were proposed.

Keywords: esophageal injury; esophageal perforation; pneumothorax; pleural empyema; mediastinitis; trachea—esophageal fistula.

Лікування потерпілих з приводу пошкодження стравоходу є одним з складних питань сучасної хірургії. Смертність досить висока, при перфорації стравоходу, ускладненій медіастинітом, досягає 40,9 — 80% [1].

Причинами поранення стравоходу можуть бути: сторонні тіла, ятрогенне пошкодження (під час бужування, ендоскопічного дослідження, проведення лікувальних заходів тощо), спонтанний розрив стравоходу, проникнення травмуючих тіл ззовні (проникні колото—різані рани). Основні ускладнення пошкодження стравоходу — пневмоторакс, гемопневмоторакс, гемо-пневмомедіастинум, емпієма плеври, медіастиніт — виникають внаслідок порушення цілісності стінки стравоходу, потрапляння повітря і вмісту стравоходу в середостіння і плевральну порожнину, а також пошкодження суміжних органів — трахеї, легенів, судин [2].

Для лікування поранення стравоходу застосовують консервативні засоби та хірургічні втручання, що забезпечують відновлення цілісно-

сті оболонки стравоходу, усунення ускладнень. Оперативні втручання, незважаючи на інфікування середостіння і реінфекцію через шви стравоходу, є найбільш ефективним методом лікування. Залежно від строків звернення по медичну допомогу, наявності ускладнень, тяжкості стану потерпілого, супутніх захворювань обирають обсяг оперативного втручання [3].

Дискусійним є використання внутрішньостраховідних стентів при травматичному пошкодженні стравоходу і трахеї, утворенні норичці [4].

Метою дослідження є оптимізація підходів до лікування пошкодження стравоходу різної етіології та його ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За 7 років у відділенні торакальної хірургії лікували 19 потерпілих з приводу пошкодження стравоходу, з них у 3 — виявлене ятрогенне пошкодження (в 1 — під час бужування звуження стравоходу після його хімічного опіку, в 1 — розрив стінки

стравоходу під час балонної пневмомодилатації з приводу ахалазії кардії, в 1 — перфорація трахеї та стравоходу трахеостомічною трубкою); у 5 — колото—різані рани ший з проникненням у верхню третину стравоходу; у 7 — спонтанний розрив нижньої третини стравоходу; в 1 — розрив дивертикулу нижньої третини стравоходу; у 3 — перфорація стінки стравоходу стороннім тілом.

Для діагностики пошкодження стравоходу, виявлення ускладнень та здійснення контролю лікування застосовували ендоскопічне дослідження (гастроуденофіброскопію, бронхофіброскопію), рентгенологічне дослідження з використанням водорозчинної контрастної речовини, комп'ютерну томографію, відеоторакоскопію, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, плевральних порожнин, клінічне дослідження показників крові, бактеріологічне дослідження біологічного матеріалу з визначенням мікрофлори та її чутливості до антибіотиків.

Ускладнення, пов'язані з пораненням стравоходу: у 6 хворих

пневмомедіастинум, підшкірна емфізема ший і верхньої половини грудей; у 4 — лівобічний пневмогідроторакс, емпієма плеври, медіастиніт; у 7 — правобічний пневмогідроторакс, емпієма плеври, медіастиніт; в 1 — медіастиніт, трахеостравохідна норича; в 1 — трахеостравохідна норича.

У строки до 1 доби після поранення стравоходу звернулись 6 хворих, у 1—шу добу — 7, у строки до 3 діб — 5, до 7 діб — 2, до 10 діб — 1.

Хворим надана медична допомога у невідкладному порядку. Виконували такі втручання: у 3 хворих — встановлення назогастрального зонда з консервативною терапією; у 5 — цервікотомія, ревізія колото—різаної рани ший, зашивання рани стравоходу з використанням дворядного шва (слизової та м'язової оболонки), з них в 1 — зашивання рани трахеї; у 3 — торакотомія зліва, медіастинотомія, санація, зашивання рани стравоходу, полідренування; у 4 — торакотомія справа, медіастинотомія, санація плевральної порожнини, зашивання рани стравоходу, полідренування; в 1 — торакотомія зліва, видалення дивертикулу, зашивання стравоходу, полідренування плевральної порожнини; в 1 — верхня середина лапаротомія, зашивання дефекту стравоходу, обгортання нижньої третини стравоходу дном шлунка, відеоторакоскопія справа, санація, полідренування правої плевральної порожнини; в 1 хворого з трахеостравохідною норичею встановлений внутрішньостравохідний саморозширювальний стент з покриттям. Після оперативного втручання встановлювали назогастральний зонд, у 2 хворих — накладена єюностома, у 3 — гастростома.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 4 хворих з приводу пошкодження стравоходу (у 3 — ятрогенного, в 1 — стороннім тілом) встановлений назогастральний зонд, призначено антибактеріальну терапію, парентеральне живлення та зондове харчування протягом 7 — 10 діб залежно від вираженості клінічних

проявів, наявності ознак запалення за даними лабораторних досліджень, результатів рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини з контрастуванням стравоходу. За цей час стан хворих стабілізувався, клінічні прояви поранення стравоходу не турбували. Після видалення зонда призначали діету №1, контрольне ендоскопічне чи рентгенологічне дослідження через 2 — 3 тиж. У 3 хворих з приводу пошкодження стравоходу (у 2 — ятрогенного, в 1 — стороннім тілом) проведено консервативне лікування виявилося успішним, ускладнень не було, дефекти слизової оболонки за даними обстеження зарубцювались. В 1 хворого при пораненні трахеї та стравоходу сформувалася трахеостравохідна норича. Зважаючи на наявність супутніх захворювань (поліневропатія Гієна—Баре), тяжкість стану, хірургічне втручання було пов'язане з ризиком для життя, тому встановлений внутрішньостравохідний саморозширювальний стент. Через 2 міс трахеостравохідна норича закрилася, стент видалений.

З 4 хворих, у яких виконані цервікотомія, ревізія ранового ходу, гемостаз, зашивання рани стравоходу, дренивання м'яких тканин в зоні пошкодження середостіння з встановленням назогастрального зонда, рана загоїлася первинним натягом у 3, в 1 — утворилася гранульома в ділянці швів операційної рани. У 2 хворих з приводу реактивного плевриту здійснені торакоцентез, дренивання плевральних порожнин. Підшкірна емфізема, пневмомедіастинум зникли без додаткових втручань.

В подальшому тактика післяопераційного лікування й обстеження подібна такій, наведеній у попередніх спостереженнях.

У 9 хворих (у 7 — з спонтанним розривом стравоходу, в 1 — перфорацією стравоходу, в 1 — розривом дивертикулу стравоходу з ускладненнями) після виконання оперативних втручань досягнуті такі результати лікування. З 2 хворих при поєднанні торакотомії, зашивання стравоходу з єюностомією в 1 — після операції ускладнень не було,

рани загоїлися первинним натягом, в 1 — виникла неспроможність швів стравоходу, усунута консервативними методами. Віддалені результати задовільні, єюностома закрита через 3 міс.

В 1 хворого, оперованого з приводу розриву дивертикулу, медіастиніту, ускладнень не було, рана загоїлася первинним натягом.

В 1 хворого, якому здійснено торакотомію, зашивання рани стравоходу без накладення єюностоми, виникла неспроможність швів стравоходу з подальшим формуванням стравохідно—плевральної норичі, хронічної емпієми плеври.

В 1 хворого, якому виконані верхня середина лапаротомія, зашивання стравоходу з обгортанням його шлунком, виявлені неспроможність швів стравоходу, езофагоплевральне сполучення, емпієма плеври. Здійснене полідренування, встановлений назогастральний зонд, проведена консервативна терапія. Лікування виявилось успішним, ускладнення усунути.

У 2 пацієнтів після зашивання стравоходу в поєднанні з гастростомією, полідренуванням рани загоїлися первинним натягом, гастростома закрита через 4 тиж.

В 1 пацієнта після зашивання розриву стравоходу, полідренування рана загоїлася вторинним натягом, сформувалася езофагоплевральна норича, усунута консервативними методами за 11 тиж.

Гастростому не накладали у зв'язку з пізнім зверненням та тяжкістю стану хворого. Один хворий, який звернувся на 5—ту добу після поранення стравоходу у тяжкому стані, після зашивання стравоходу та полідренування помер на 2—гу добу від гнійно—резорбтивного виснаження, поліорганної недостатності.

Контроль ефективності лікування здійснювали з використанням рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукових, лабораторних методів дослідження.

Померли 2 (10,4%) хворих, з них 1 — з колото—різаною раною стравоходу і трахеї від септичних ускладнень на 8—му добу після оперативного втручання, 1 — за спонтан-

ного розриву стравоходу у зв'язку з пізнім зверненням, від сепсису.

ВИСНОВКИ

1. Невеликі поранення стравоходу сторонніми тілами можливо лікувати консервативними методами, проте, у спеціалізованих відділеннях, з використанням сучасних методів діагностики, контролю можливих ускладнень, своєчасного їх лікування.

2. Зовнішні проникні поранення стравоходу колото—ріжучими предметами потребують обов'язкового

найбільш раннього хірургічного втручання для ревізії та санації ранового ходу, гемостазу, зашивання рани стравоходу, дренування навколишніх тканин, з обов'язковим зондовим харчуванням та парентеральним живленням, накладенням гастростомо—(єюно)стоми.

3. У потерпілих за ускладненого спонтанного розриву стравоходу зашивання дефекту стравоходу, полідренування слід обов'язково поєднувати з накладанням єюностоми або гастростоми.

4. За наявності протипоказань до оперативного лікування доцільне застосування внутрішньостравохідного стента.

5. Залежно від локалізації та характеру пошкодження, стану потерпілого, наявності супутніх захворювань тактику та обсяг оперативного втручання обирають індивідуально.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bhatia P, Fortin D, Inculet RI, Malthaner RA. Current concepts in the management of esophageal perforations: a twenty—seven year Canadian experience. *Ann Thorac Surg.* 2011 Jul;92(1): 209—15.
2. Бармина ТГ, Шарифуллин ФА, Абакумов ММ, Погодина АН, Забавская ОА. Значение спиральной компьютерной томографии в диагностике осложненной механического повреждения пищевода. *Rus Electron J Radiol.* 2013;3(4):46—51.
3. Остапенко ГО. Оптимизация тактики хирургического лечения проникающих повреждений пищевода в зависимости от сроков травмы [автореф. дис. ... канд. мед. наук]. Кемерово; 2010. 23 с.
4. Паршин ВД, Абдумурадов КА, Левицкая НН, Вишневская ГА, Аганесов АГ. Одномоментное лечение трахеопищеводного свища и пролежня пищевода инородным телом. *Хирургия. Журн им НИ Пирогова.* 2009;(1):70—1.

