

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Klinichna khirurgiia. 2018 April;85(4):71–72
DOI: 10.26779/25221396.2018.04.71
УДК 616.329–089.12

Герметизація малого перфоративного отвору стравоходу в умовах утрудненої візуалізації

В. О. Шапринський, В. Ф. Кривецький, В. Г. Сулейманова, Б. О. Мітюк, Наср Закі Наджіб
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

The sealing procedure of small perforative defect in esophagus while complicated visualization

V. O. Shaprynskyi, V. F. Kryvetskyi, V. G. Suleimanova, B. O. Mitiuk, Nasr Zaki Nageeb
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Серед ускладнень травм стравоходу, які мають найбільш тяжкий перебіг, перфорації займають перше місце та приводять до летальності, яка сягає 55% [1]. Основним методом лікування проникаючих пошкоджень стравоходу є ушивання місця дефекту двошрядним швом [2]. Якщо при великих розривах (травмах) стравоходу діагностувати місце пошкодження нескладно, то при невеликих розмірах дефектів за наявності некротично змінених і запалених тканин, нашарувань фібрину та змертвілих мас під час оперативного втручання виникають особливі труднощі. За таких ситуацій важливо не тільки визначити стан стравохідної стінки, а й узагалі ідентифікувати місце пошкодження. Коли ситуація типова, для виявлення дефекту використовують ряд проб: з введенням барвника в стравохід або шляхом нагнітання повітря через зонд (проба Ніссена). Однак вказаним методам притаманний істотний недолік: за їх допомогою можна тільки приблизно виявити місце розриву без чіткої його візуалізації [1]. Ми запропонували й успішно застосовували спосіб герметизації малого перфоративного отвору стравоходу з одночасним забезпеченням ендоскопічного контролю за якістю накладання швів.

Наводимо спостереження.

Хворий П., 50 років, переведений до клініки хірургії №1 Університету на базі відділення торакальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні з ЛОР-відділення, де раніше йому виконали езофагоскопію жорсткотубусним ендоскопом з видаленням стороннього тіла (м'ясного завалу) з шийної частини стравоходу. Через 8 год після видалення з'явилися і почали наростати набряк і підшкірна емфізема на шиї, осиплість голосу, задишка, температура тіла підвищилась до 37,8 °С.

Хворому проведена рентгенографія шиї в двох проекціях за Земцовим: в заглотковому і превертебральному просторі на всій протяжності виявлено значну кількість повітря та інфільтрацію м'яких тканин. Рентгенографія органів грудної порожнини: розширення верхнього середостіння в обидва боки і включення газу вище дуги аорти. Поліпозиційне променево дослідження стра-

воходу з триамбрасом, прийнятим перорально: на рівні лівого груднинно-ключичного з'єднання виявлено депо контрасту. Висновок: перфорація верхньої третини стравоходу; глибока флегмона шиї; верхній медіастиніт; емфізема м'яких тканин шиї і середостіння.

У невідкладному порядку пацієнт переведений в операційну. Виконана лівобічна цервікомедіастинотомія за Разумовським, фасції шиї розкриті до передхребтової. Стінка стравоходу на межі VII шийного і I грудного хребців некротично змінена, набрякла, погано диференціюється в навколишніх тканинах, які також запалені, розшаровані емфіземою, набряклі і просякнуті мутними виділеннями з неприємним запахом. Встановлено сліпий заплив ексудату в задне і верхнє середостіння. Перфорацію стравоходу з боку цервікотомної рани виявити не вдалося. Спроба мобілізації ураженої частини порожнистого органу загрожувала ще більшим його розривом через виражену гідрофільність м'яких тканин. Вирішено провести ендоскопічне дослідження місця пошкодження на операційному столі. Під час езофагоскопії встановлено лінійний розрив лівої передньобоккової стінки стравоходу до 5 мм. Розмістивши ендоскоп у проекції дефекту і освітивши його зсередини, оператор і асистент з боку цервікотомної рани чітко побачили перфоративний отвір, через який періодично виділялося повітря і стравохідний вміст. Виявлений дефект стінки вдало герметизували двошрядним швом на атравматичній голці під оптичним контролем езофагоскопії (пат. України на корисну модель № 114900 «Спосіб герметизації дефекту стравохідної стінки» від 27.03.2017 р). Якість накладання швів перевірена зсередини просвіту травної трубки оператором і лікарем-ендоскопістом. Зона ушивання стравоходу і задне та верхнє середостіння дренавані трубчастими дренажами, виведеними через контрапертуру на шиї нижче основної рани.

Після операції стан хворого покращився, на фоні щоденних санацій рани розчином декасану поступово зменшились і припинились гнійні виділення, рана очистилась, нормалізувалась температура ті-

ла. Антибактеріальна терапія включала лефлосин (левофлосаксин), метронідазол і браксон (тобраміцин). На 11-ту добу прибрали дренажі, на 12-ту – назогастральний зонд з наступним продовженням харчування перорально. На 16-ту добу пацієнт виписаний з відділення в задовільному стані.

Переваги наведеного методу герметизації перфоративного отвору стравоходу, на нашу думку, такі: освітлення зони втручання з просвіту стравоходу дало можливість чітко візуалізувати місце, форму та межі розриву, стан стінок, що особливо важливо при невеликих дефектах та в умовах запально змінених та некротизованих тканин. Окрім того, лікар–ендоскопіст одночасно здійснює прямий візуальний контроль за ушиванням. Це особливо актуально у разі швидкого розвитку глибоких флегмон ший та медіастиніту, в тому числі гострого низхідного, коли навколишні тканини набрякли, просякнуті гнійним ексудатом, фібрином, легко кровоточать. Щодо строків герметизації розривів органу, то ми дотримуємося тактики ушивання його в ранні терміни, навіть на фоні гнійних ускладнень. Відносно строків езофагопластики літературні дані суперечливі. Одні автори вважають, що позитивний результат можливий тільки у разі ушивання стравоходу протягом перших 24 год після перфоративної – так зване золоте 24-годинне правило (golden 24-h rule) [3], інші стверджують, що ушивання органу показано в будь-які строки [4]. Значно рідше пропонують його резекцію, яка показана пацієнтам зі злякисними езофагеальними пухлинами або вираженими рубцевими змінами органу, але не пізніше ніж через 10 – 12 год після пошкодження. Також є пропозиції щодо двохетапних оперативних втручань, коли спершу розкривають і дрениують флегмону ший і медіастиніт, а після очищення ран виконують езофагопластику. Езофагектомія при перфоративних частіше показана, коли є злякисні новоутворення стравоходу або масивні розповсюджені некрози [5]. Мініінвазивне хірургічне закриття дефектів стравохідної стінки металевими кліпсами з його просвіту за допомогою ендоскопічного маніпулятора також можуть бути застосовані, але частіше при ятрогенних розривах травної трубки як етап продовження ендоскопії [6]. Є повідомлення про використання металевих стентів, які саморозширюються, для лікування доброякісних перфоративних стравоходу [7]. Зрідка трапляються повідомлення про консервативне лікування проникаючих езофагеальних пошкоджень шляхом їх виключення на назогастральному зонді і проведення антибактеріальної терапії, хоча для цього необхідний ре-

гельний підбір хворих, які мають задовільний стан і не мають ускладнень [8]. Але в усіх згаданих повідомленнях автори одноставно стверджують, що в післяопераційному періоді важливі адекватне дренивання і санація параезофагеальної клітковини і середостіння, оскільки після ушивання частота неспроможності швів на стравоході становить 20 – 50% [2]. Тому для покращення ідентифікації малого перфоративного отвору стравоходу та забезпечення ендоскопічного контролю за якістю накладання швів ми запропонували свій спосіб герметизації дефекту стравохідної стінки, успішно застосований у хворого з перфорацією стравоходу малих розмірів і глибокою флегмоною ший, ускладненою верхнім заднім медіастинітом. Терміни герметизації пошкоджень стравоходу досі залишаються дискусійними, але автори дотримуються тактики ушивання їх незалежно від строків, навіть на фоні глибоких флегмон ший і медіастинітів.

Висновки

Запропонований спосіб герметизації малого перфоративного отвору стравоходу в умовах утрудненої візуалізації може бути успішно використаний у клінічній практиці.

References

1. Belokonev VI, Zamjatin VV, Izmajlov EP. Diagnostika i lechenie povrezhdenij pischevoda. Seriya «Trudnyye voprosy prakticheskoy khirurgii» [Monografiya]. Samara; 1999: 160 p. [In Russian].
2. Mozhejko MA, Batvinkov NI, Sushko AA, Mogilevec JeV. Lechenie travmaticheskikh povrezhdenij pischevoda. Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2013;2(42): 28–31. [In Russian].
3. Shaker H, Elsayed H, Whittle I, Hussein S, Shackcloth M. The influence of the “golden 24-h rule” on the prognosis of oesophageal perforation in the modern era. Eur J Cardiothorac Surg. 2010 Aug;38:216–2. doi:10.1016/j.ejcts.2010.01.030.
4. Schmidt SC, Strauch S, Rösch T, Veltzke–Schlieker W, Jonas S, Pratschke J, et al. Management of esophageal perforations. Surg Endosc. 2010 Nov;24(11):2809–13. doi:10.1007/s00464-010-1054-6.
5. Port JL, Kent MS, Korst RJ, Bacchetta M, Altorki NK. Thoracic esophageal perforations: a decade of experience. Ann Thorac Surg. 2003 Apr;75:1071–4.
6. Shimizu Y, Kato M, Yamamoto J, Nakagawa S, Komatsu Y, Tsukagoshi H, et al. Endoscopic clip application for closure of esophageal perforations caused by EMR. Gastrointest Endosc. 2004 Oct;60(4):636–9.
7. Fischer A, Thomusch O, Benz S, von Dobschuetz E, Baier P, Hopt UT. Nonoperative treatment of 15 benign esophageal perforations with self-expandable covered metal stents. Ann Thorac Surg. 2006 Feb;81(2):467–72. doi:10.1016/j.athoracsur.2005.08.047.
8. Altorjay A, Kiss J, Vörös A, Bohák A. Nonoperative management of esophageal perforations. Is it justified? Ann Surg. 1997 Apr;225(4):415–21.