

**В.Г. Гетьман,
В.В. Соколов,
В.В. Васильківський**

УШКОДЖЕННЯ СТРАВОХОДУ: АНАЛІЗ ДОСВІДУ НАШОЇ КЛІНІКИ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедра торакальної хірургії та пульмонології
вул. Дорогожиська, 9, Київ, 04112, Україна
Shuryk National Medical Academy of Postgraduate Education
Department of Thoracic Surgery and Pulmonology
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Незважаючи на науково-технічний прогрес у галузі медицини та все частіше застосування сучасних методик у хірургії, лікування ушкоджень стравоходу все ж залишається серйозним викликом для хірурга [4]. Невелика кількість ушкоджень стравоходу призводить до відсутності досвіду роботи з цією патологією, що є причиною виникнення труднощів з ранньою діагностикою та вибором методу лікування. Зі збільшенням частоти використання ендоскопічних методів діагностики та лікування, а також розширення арсеналу оперативних втручань на ділянках, розташованих поряд зі стравоходом, змінило структуру причин ураження стравоходу [5]. До середини 50-х років більшість публікацій була присвячена його спонтанному розриву, який уперше описав у 1724 році Герман Бурхаве [3]. З часу виникнення конфлікту на Донбасі збільшилась кількість зовнішніх травм стравоходу. У діагностиці пошкодження стравоходу основну роль відіграє рентгенографія ший та грудної клітки в двох проекціях та езофагографія [6], проте вони не дозволяють оцінити детально стан межистіння. Після встановлення діагнозу перед хірургом постає ще один виклик – вибір тактики лікування, що залежить від локалізації ушкодження, наявності змін стінки стравоходу, часу від початку захворювання та причини ушкодження [7]. Особливо привертає увагу питання консервативного ведення пацієнта.

Мета – підвищення ефективності діагностики та хірургічного лікування хворих з пошкодженнями стравоходу, розробка показань до різних видів втручань на стравоході та межистінні, заходів післяопераційного ведення хворих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У клініці за 27 років проліковано 130 пацієнтів з пошкодженнями стравоходу. Застосовувались загальноклінічні, інструментальні, рентгенологічні, бактеріологічні та лабораторні методи досліджень.

Серед 130 пацієнтів серед причин травми відбувся такий розподіл: ятрогенні – 67 (51%), сторонні тіла – 28 (21,5%), розриви стравоходу – 25 (19,2%), зовнішні ушкодження – 10 (7,69%).

Серед ятрогенних причин основними були: бужування – 37 (55,2%), ригідна езофагоскопія – 21 (31,3%), ФГДС – 4 (6%), інтубація трахеї – 2 (3%), а також оперативні втручання – 2 (3%) та видалення стенту – 1 (1,5%). Найбільш частим ускладненням пошкодження стравоходу став медиастиніт, який мав місце у 97 (74,6%) пацієнтів. Час від початку захворювання до спеціалізованої допомоги становив більше 24 годин у 89 (68%) хворих, що свідчить про пізню діагностику та ускладнює подальше лікування. Серед способів лікування, що застосовувались: консервативне лікування у 16 (12,3%) хворих. Види хірургічних втручань: ушивання стравоходу – 64 (56,1%), з яких до 24 год. – 24 (37,5%), після 24 год. – 40 (62,5%), відеоторакоскопичне полідренування – 2 (1,75%), дренивання межистіння – 39 (34,2%), гастростомія – 41 (35,9%).

Хірургічне лікування перфорації стравоходу складалось з кількох послідовних етапів.

1. Хірургічний доступ до стравоходу та межистіння. Ми використовували доступ вздовж *m.sternocleidomastoideus* при перфорації шийного відділу стравоходу (ШВС) та верхнього грудного відділу стравоходу (ГВС). При перфораціях нижнього ГВС та черевного відділу стравоходу (ЧВС) виконували верхню серединну лапаротомію, яку доповнювали сагітальною діафрагмокруротомією за Савіних [1]. Торакотомія була найкращою при ушкодженнях середнього ГВС.

2. Втручання на стравоході. При перфораціях здорової стінки стравоходу втручанням вибору було її поширене зашивання з герметизацією лінії шва прилеглими анатомічними структурами. Зашивання виконувалось поза залежністю від часу з моменту виникнення перфорації до початку хірургічного лікування [2]. Якщо перфорація виникала в зоні короткого (до 2 см) рубцевого стенозу стравоходу та лікування починалось до 12 годин з моменту перфорації, ми робили резекцію стенозованого сегмента стравоходу в $\frac{3}{4}$ кола з анастомозом кінець у кінець. Ми не зашивали малі перфорації рубцево зміненого стравоходу.

3. Втручання на середостінні. При торакотомії медіастинальна плевра широко розтиралася догори та вниз. При перфорації нижнього ГВС доступ межистіння крізь стравохідний отвір діафрагми. Коли дренажування середостіння крізь шийну медіастинотомію або діафрагму було не ефективним, додатково виконували бокову торакотомію та черезплевральну медіастинотомію. У всіх випадках втручання на середостінні завершували встановленням туди подвійних дренажних трубок для цілодобової іригації-аспірації за Н.Н. Каншиним [8].

4. Втручання для забезпечення харчування. Для виключення пасажу їжі по стравоходу виконували гастростомію та пересікали а. colica media в пацієнтів з рубцевим стенозом стравоходу. Гастростомія також виконувались при неспроможності шва великих розривів. У всіх інших харчування забезпечувалось за рахунок назогастрального зонда.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

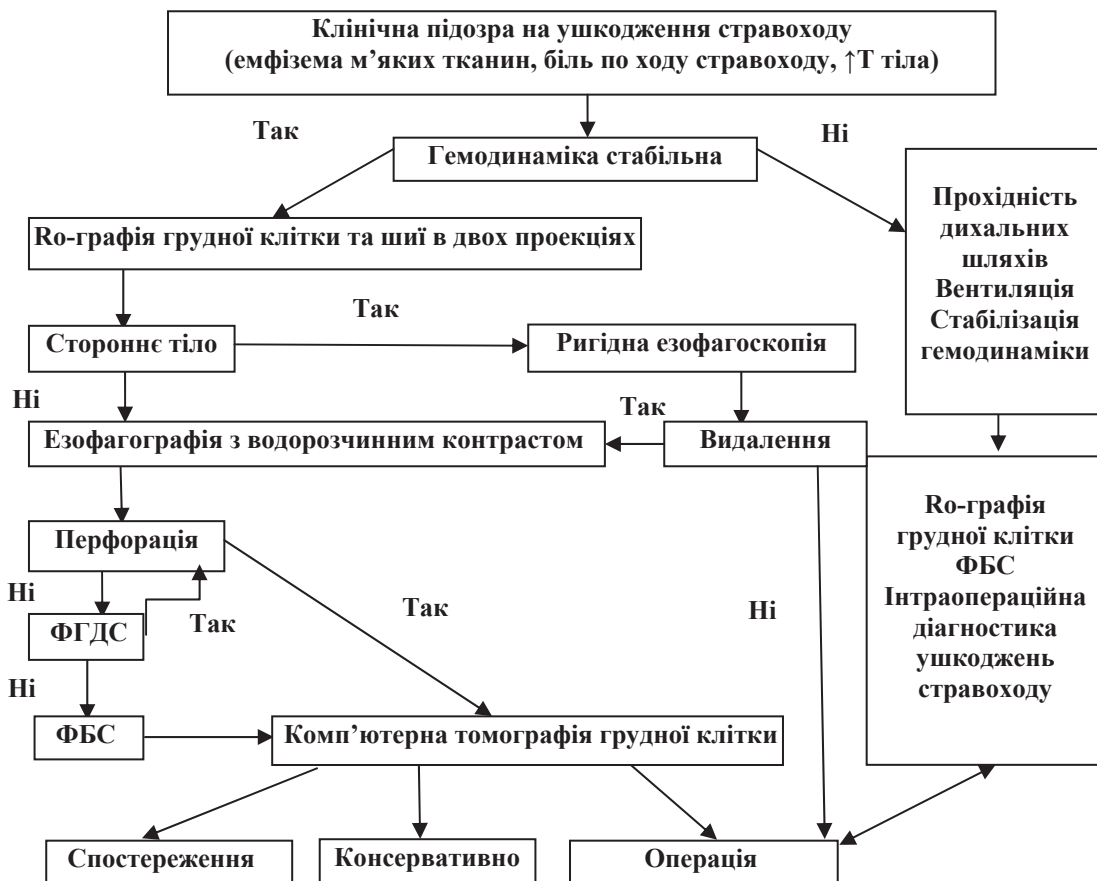
Проведене комплексне лікування ушкоджень стравоходу та супутнього медіастиніту дозволило досягнути одужання в 121 (93,1%) зі 130 пацієнтів, 9 хворих померло, що становило загальний рівень летальності 6,9%. Безпосередньо медіастиніт та поліорганна недостатність стали

причиною смерті в 4 хворих. Серед них – четверо хворих з пізно діагностованою (>72 годин) перфорацією стравоходу, ускладненою медіастинітом та септичним шоком. Двоє хворих померло від виникнення перфорації, коли запальний процес у межистінні клінічно було ліквідовано. Причина смерті ТЕЛА. Троє хворих померло від кровотечі, двоє від гострих виразок шлунка, один від післяопераційної профузної кровотечі з дуги аорти.

Розроблені критерії можливості консервативного лікування:

1. Нещодавня (до 6 год.) або давня, самостійно відмежована перфорація.
2. Несправжній хід у середостінні – короткий (2 см). Він не сполучається з порожнинами тіла або відмежований вісцеральною плеврою легені.
3. Порожнина в середостінні добре дренажується назад у стравохід.
4. Перфорація не абдомінального відділу або не пухлина стравоходу.
5. Мінімальні симптоми інфекції.
6. Бажана відсутність прийому їжі з моменту виникнення перфорації до встановлення діагнозу і початку лікування.
7. Розроблений алгоритм діагностики ушкодження стравоходу.

Алгоритм діагностики ушкодження стравоходу



ВИСНОВКИ

1. Результати лікування перфорації стравоходу залежать від строку встановлення діагнозу та проміжку часу між епізодом ускладнення та початком лікування. Найкращим методом лікування є первинне зашивання перфоративного отвору з герметизацією лінії шва прилеглими анатомічними структурами поза залежністю від строку виникнення перфорації.

2. Діагностичний алгоритм, розроблений у клініці, дозволяє встановити коректний та своєчасний діагноз у всіх пацієнтів.

3. Консервативне лікування можливе в обмеженого контингенту відповідно до розроблених критеріїв.

4. Медіастиніт вимагає розкриття та санації, з подальшим дрениванням межистіння.

5. За цей період 6,9% летальних випадків за рахунок покращення діагностики та лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диалектика метода диафрагмокруротомии по А.Г. Савиных / Ф.Ф. Сакс, А.А. Задорожный, Г.В. Борисова [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1988. – Т. 140, № 5. – С. 3-10.

2. Каншин Н.Н. Закрытое лечение нагноительных процессов методом активного промывного дренирования / Н.Н. Каншин // Хирургия. – 1980. – N 11. – С. 18-23.

3. Barrett N. Report of a case of spontaneous rupture of the esophagus successfully treated by operation / N. Barrett // Br. J. Surg. – 1947. – Vol. 35. – P. 216-217.

4. Current concepts in the management of esophageal perforations: a twenty-seven year Canadian experience / P. Bhatia, D. Fortin, R.I. Inculc [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 92. – P. 209-215.

5. Current management of esophageal perforation: 20 years' experience / A. Eroglu, A. Turkyilmaz, Y. Aydin [et al.] // Dis. Esophagus. – 2009. – Vol. 22. – P. 374-380.

6. Manouchehr Aghajanzadeh. Cervical Esophageal Perforation: A 10-Year Clinical Experience in North of Iran / Manouchehr Aghajanzadeh, Nastaran Farahmand Porkar, Hannan Ebrahimi // Indian J. Otolaryngol. Head Neck. Surg. – 2015. – Vol. 67, Suppl. 1. – P. 34-39.

7. Sepesi B. Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies / B. Sepesi, D.P. Raymond, J.H. Peters // Curr Opin Gastroenterol. – 2010. – Vol. 26, N 4. – P. 379-383.

8. Whyte R.I. Intrathoracic esophageal perforation. The merit of primary repair / R.I. Whyte, M.D. Iannettoni, M.B. Orringer // J. Thoracic Cardiovascular Surgery. – 1995. – Vol. 109, N 1. – С. 140-144.



УДК 616.381-089-022:616-093:612.821.8

В.І. Десятерик¹,
О.В. Котов¹,
С.К. Масальский²,
К.Р. Саргсян²

ЗМІНИ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ТА ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ ІНФЕКЦІЯХ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» ФПО¹

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

КЗ «2-а міська клінічна лікарня» ДОР²

майдан 30-річчя Перемоги, 2, Кривий ріг, Дніпропетровська обл., 50056, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine» FPE¹

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

CE «2 City Clinical Hospital» DOC²

30th Peremohy sq., 2, Kryvyi Rih, Dnipropetrovsk reg., 50056, Ukraine

e-mail: a.vkotov@ukr.net

Внутрішньочеревні інфекції (ВЧІ) мають полімікробну етіологію, серед яких провідну роль відіграють грамнегативні мікроорганізми, голов-

ним чином ентеробактерії (E.coli, Proteus spp., Klebsiella spp. та ін.), псевдомонади, неспороутворюючі анаероби (особливо B.fragilis). Частота