

11. Clavien P.A., Richon J., Burgan S. et al. (1990) Gallstone ileus. Br. J. Surg. 77: 737-742
12. Courvoisier L.T. (1890) Zursichtstatistische beitrage zur pathologie und chirurgie der gallenwege. (Leipzig, Germany). FCW Vogel.
13. Giese A., Zieren J., Winnekendonk G. et al. (2010) Development of a duodenal gallstone ileus with gastric outlet obstruction (Bouveret syndrome) four months after successful treatment of symptomatic gallstone disease with cholecystitis and cholangitis: a case report. Journal of Medical Case Reports. 4: 376
14. Grove O. (1976) Acute pyloric obstruction by a gallstone: report of a case diagnosed by gastroscopy. Gastrointest. Endosc. 22: 212-213
15. H'ng M.W.C., Yim H.B. (2005) Spontaneous choledochoduodenal fistula secondary to long-standing ulcer disease. Singapore Med. J. 44; 4: 205-207
16. Karimoglu M., Yildirim B., Kantarcıkenen B. et al. (2003) Association of peripapillary fistula with common bile duct stones and cholangitis. ANZ J. Surg. 73; 11: 884-886
17. Katsinelos P., Chatzimavroudis G., Fasoulas K. et al. (2010) Roth-net for successful removal of a large gallstone causing gastric outlet obstruction (Bouveret's Syndrome). Ann. Gastroenterol 23; 1: 146-147
18. Koulaouzidis A., Moschos J. (2007) Bouveret's syndrome. Narrative review. Ann. Hepatol. 6; 2: 89-91
19. Lancaster J.F., Strong R.W., McIntyre A. et al. (1993) Gallstone ileus complicating endoscopic sphincterotomy. Aust. N. Z. J. Surg. 63: 416-417
20. Lassandro F., Gagliardi N., Scuderi M. et al. (2004) Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. Eur. J. Radiol. 50: 23-29
21. Lowe A.S., Stephenson S., Kay C.L. et al. (2005) Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature. Endoscopy. 37; 1: 82-87
22. Mais J., Hochberger J., Hahn E.G. et al. (2004) Successful laser lithotripsy in Bouveret's syndrome using a new frequency doubled double-pulse Nd:YAG laser (FREDDY). Scand. J. Gastroenterol. 39: 791-794
23. Malvaux P., Degolla R., De Saint-Hubert M. et al. (2002) Laparoscopic treatment of a gastric outlet obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome). Surg. Endosc. 16; 7: 1108-1109
24. Martin D.F., Tweedle D.E.F. (2002) The aetiology and significance of distal choledochoduodenal fistula. British Journal of Surgery. 71; 8: 632-634
25. Masson J.W., Fraser A., Wolf B. et al. (1998) Bouveret's syndrome: Gallstone ileus causing gastric outlet obstruction. Gastrointest. Endosc. 47: 104-105
26. Misra C.M., Grewal H., Kapur B.L. (1989) Spontaneous choledochoduodenal fistula complicating peptic ulcer disease — a case report. Surgery Today. 19: 3
27. Montalvo-Jave E.E., Alegre-Tamez E., Athie-Gutiérrez C. (2008) Gallstone Ileus: clinical presentation of a benign mechanical intestinal obstruction case. Rep. Gastroenterol. 2: 144-148
28. Nakano T., Yabuta I., Shimomura H. (1994) Clinical evaluation of choledochoduodenal fistula near the duodenal papilla: association with separate openings of the pancreatic and biliary ducts. Nippon Shokakubyo Gakkaishi. 91; 57-65
29. Reiner R.M., Cohen J.R. (1994) Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am. Surg. 60: 441-446
30. Rigler L.G., Borman C.N., Noble J.F. (1941) Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. JAMA. 117: 1753
31. Shah P., Ramakant R. (1990) Choledochoduodenal fistula complicating duodenal ulcer disease (a report of 3 cases). J. Trop. Geogr. Med. 36: 167
32. Sheu B.S., Shin J.S., Lin X.Z. et al. (1998) Clinical analysis of choledochoduodenal fistula with cholelithiasis in taiwan: presented by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The American Journal of Gastroenterology. 91; 1: 122-126
33. Stagnitti F., Mongardini M., Schillaci F., Natalini E. et al. (2009) Spontaneous biliodigestive fistulae. The clinical considerations, surgical treatment and complications. G. Chir. 21: 110-117
34. Tanwar S., Mawas A., Tutton M. et al. (2008) Successful endoscopic management of bouveret's syndrome in a patient with choledochoduodenocolic fistulae case rep. Gastroenterol. 2: 346-350
35. Yoshino S., Takayuki M., Miyoshi F. et al. (2002) Two cases of choledochoduodenal fistula. Hokkaido Journal of Surgery. 47; 2: 42-45

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ СТРАВОХОДУ СТОРОННІМИ ТІЛАМИ

Бойко В.В., Грома В.Г., Вдовченко А.С.

Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії Національної академії медичних наук України», Харків

Вступ

Пошкодження стравоходу відомі людству з давніх давен. Та навіть в теперішній час вони зустрічаються досить нерідко і найчастіше пов'язані з проковтуванням сторонніх тіл під час сну, сп'яніння, сміху, раптового переляку чи при епілептичних нападах і несприятливості, а іноді навмисне з метою самогубства. Всі досяжні уяві чужорідні тіла, які можуть за своїм розміром поміститися в ротовій порожнині, можуть скласти колекцію казуїстичних випадків сторонніх тіл стравоходу. У дорослих найчастіше це зубні протези, риб'ячі і яловичі кістки, голки та інше, у дітей — монети та іграшки, які діти люблять тримати в роті [2,5,7].

У структурі звернень населення за невідкладною медичною допомогою у зв'язку з наявністю сторонніх тіл пацієнти з чужорідними тілами стравоходу займають друге місце, що в середньому, складає близько 20%. При цьому в 3-4% випадків виникають перфорації стравоходу з розвитком ускладнень. При видаленні чужорідних тіл цей показник істотно зростає [1,3,6].

На сьогодні патогенез розвитку ускладнень при травматичних ушкодженнях стравоходу сторонніми тілами достатньо вивчений і головна особливість цього процесу полягає в тому, що він має чітку часову (по годинах) хронологію розвитку і практично неминуче призводить до перфорації стінки органу і розвитку гнійно-септичних ускладнень. Детальніше про цьому може сягати 40-50% [4,5,8].

У 99% спостережень езофагоскопія дозволяє видалити стороннє тіло стравоходу. Методика і технологія ендоскопічних маніпуляцій на сьогодні досить відпрацьовані. Але серед фахівців, що надають допомогу хворим з сторонніми тілами стравоходу, особливо в обтяжених випадках, немає єдиної думки щодо вибору способу і послідовності застосування інструментальної та оперативної допомоги. Останні найчастіше здійснюються емпірично. Всі ці та інші фактори суттєво впливають на частоту ускладнень та результати лікування захворювання [1,3,4,6].

Мета дослідження — розробити основні принципи хірургічної тактики у хворих з травматичними пошкодженнями стравоходу сторонніми тілами.

Матеріали і методи

Наша клініка має досвід обстеження та лікування 873 пацієнтів, що зверталися за медичною допомогою зі скаргами на затримку стороннього тіла в стравоході (за період з 2003 по 2011 рр.), але його наявність підтверджена лише у 362 пацієнтів. Трави стравоходу виявлені 231 хворому (63,8%) — 104 жінки та 127 чоловіків, з яких у 197 були непроникаючі і у 34 — проникаючі поранення стінок.

Основними причинами поранення були невдалі спроби витягнути застряглий в стравоході предмет у 108 (46,8%) хворих, перфорація спастично скороченого стравоходу голим кішечком чужорідного тіла у 46 хворих (20%), пролежні внаслідок тривалої затримки стороннього тіла у 9 (3,9%), розсічення бічних стінок двосічним предметом у 5 хворих (2,2%) та ін. Слід зазначити, що тривале (4-5 днів) перебування в стравоході чужорідного тіла неминуче призводило до локальних некрозів слизової оболонки і виразок передньої, а іноді передньої і задньої стінок («зеркальні» виразки стравоходу). У значній частині хворих точно встановити причину травмування стінки не представлялось можливим.

У 327 пацієнтів у ході стаціонарного обстеження діагностичні тіл були видалені. Більшість з них, що минали стравохід, крім поодиноких випадків, зазвичай не затримувалися в шлунку або кишечнику і природним шляхом полишали їх.

Основна кількість хворих доставлялися в клініку бригадами швидкої допомоги (84,8%): з дому — 197; за направленням районних поліклінік — 172; ЛОР-клінік — 163; травматологічних пунктів — 73; з психіатричних лікувальних закладів — 39; зі слідчих ізоляторів — 24; зі стоматологічних кабінетів — 17; переводом з інших лікувальних установ — 55. Самостійно за медичною допомогою звернулися 133 пацієнти. Неодноразові повторні надходження відзначалися у 22 хворих з патологією стравоходу, підлітків, пацієнтів психіатричних клінік, а також хворих з геронтологічними проблемами і особливо з несанованою ротовою порожниною.

Час від моменту потрапляння стороннього тіла в стравохід до звернення за спеціалізованою медичною допомогою коливався в терміни від 25 хвилин (0,83%) до 4 (87,07%) — 7 днів (9,67%). У 9 хворих строки потрапляння стороннього тіла до стравоходу з об'єктивних причин не були встановлені.

Результати та їх обговорення

В наших спостереженнях діагностика травматичних пошкоджень стравоходу сторонніми тілами зазвичай починалася з опитування та огляду потерпілого. Однак, відразу обмовимося, що вивчення анамнезу хвороби не часто давало відповідь на всі поставлені питання, що пояснювали як вираженою анатомічною еластичністю та «виривальністю» стравоходу, так і частим відчуттям «проковтнутого стороннього тіла» у емоційно лабільних людей. З такими «уявними» чужорідними тілами ми зіштовхнулися в 248 випадках. Ознаку Турнера — відчуття стороннього тіла навіть після його проходження в шлунку або

вилучення спостерігали у 152 хворих. Не помічали та не відчували сторонніх тіл 19 хворих. Надмірно розвинений «сонний горбок» VI шийного хребця на догоспітальному етапі помилково був прийнятий за стороннє тіло у 17 випадках.

Пошкодження стінок стравоходу сторонніми тілами в більшості випадків проявлялися місцевими і загальними симптомами, первинними і вторинними (ускладнення) ознаками. Найбільш частими первинними ознаками застряглого чужорідного тіла були: біль по ходу стравоходу при ковтанні (72,7%), страх прийому їжі (35,9%), біль в яремній ямці (30,7%), потилиці (15,6%), спини (13,4%), епігастрії (4,8%), дисфагія (63,2%), зригування (36,8%), задуха (31,6%), холодний піт (24,8%), слабкість (20,8%), блідість шкіряних покривів (13,9%), порушення серцевого ритму (9,1%). Вторинні прояви характеризувалися гіперсалівацією (74,9%), осиплістю голосу (34,2%), гіпертермією (32%), інфільтрацією м'яких тканин шиї (12,1%), підшкірною емфіземою (10,8%), пневмотораксом (6,9%) та ін.

Підшкірна емфізема та приєднання в більш пізніші строки ознак септичного стану зазвичай свідчили на користь перфорації шийного відділу стравоходу. Характерний «симптом сміленої голови» — вимушене нерухоме положення голови, схиленої в сторону ушкодження був 100% ознакою цього важкого ускладнення. Клініка розриву або перфорації нижніх сегментів стравоходу була ідентична перфорації інших порожнистих органів черевної порожнини. У 3 хворих при розриві карді спостерігали симптом Корха — підшкірну емфізему лівої половини грудної клітки, шиї та обличчя. У 2 осіб похилого віку перфорація стравоходу стороннім тілом протікала тривалий час безсимптомно, внаслідок чого вони були госпіталізовані до хірургічного стаціонару лише на 5 та 9 добу з початком захворювання у край важкому стані.

При госпіталізації всі хворі з підозрою на травматичні ушкодження стравоходу сторонніми тілами перш за все, по можливості, оглядалися ЛОР-спеціалістом, після чого пацієнтам проводилося рентгенологічне дослідження, котре вважали бажаним при будь-яких сторонніх тілах стравоходу. Більшість сторонніх тіл були рентген-контрастними і легко виявлялися вже на оглядових рентгенограмах стравоходу, виконаних у двох проекціях. Слабоконтрастні та неконтрастні тіла зазвичай виявлялися при застосуванні рентгенолабачення, томографії чи рентгенконтрастних досліджень стравоходу. При первинному огляді перевагу завжди віддавали водорозчинним контрастним речовинам. Особливо актуальним це правило становилося у хворих з виявленими у наступному перфорацією чи обтурацією стравоходу або стравохідно-бронхіальною норичею. Ці йодні сполуки добре заповнювали анатомічні утвори, мали бактеріцидну дію, зазвичай не драгували тканини середостіння та при необхідності легко змивалися ковтком води. При цьому рентгеногенетивні тіла імпрегнувалися контрастом і на достатній час ставали рентгеногенетивними (симптом «дефекту тіні»). Принципово важливим при цьому було встановлення цілісності стінок стравоходу і глибини поранення. Іноді при відшаруванні великої ділянки слизової оболонки у вигляді фаруха спостерігали підслизові кишені, які важко було відрізати від дивертикулів.

Ми спостерігали і ряд інших рентген-симптомів поранення стінок стравоходу сторонніми тілами:

1. випрямлення дуги шийного відділу хребта (грізна ознака враження чужорідним тілом клітковини верхнього середостіння і передхребтєвої фасції);
2. посилення болю за грудиною або між лопатками при закиданні голови (симптом характерний для гострого запалення верхнього середостіння);
3. симптом «повітряної стрілки» — затримка газу в стравоході у вигляді стрілки або бульбашки на рівні ураження або вище нього, звичайно при травмах шийного відділу (симптом непроникаючого поранення слизової оболонки, котрий пояснюється локальним набряком і рефлекторним спазмом стінок — захисна ізоляція поверхні рани);
4. бульбашка повітря в превертебральних тканинах шиї або в розширеному ретрофарингеальному просторі (симптом свідчить про проникаючий характер поранення шийного відділу стравоходу);
5. «симптом м'яких тканин» (потовщення періезофагеальних м'яких тканин, а іноді і присутність в них повітря чи контрасту, розширення ретрогараєльної тіні середостіння);
6. симптом Наклеріо — скупчення повітря в медіастінальному та діафрагмальному плевральних листках;
7. симптом «глибокої емфіземи» — бульбашки повітря в розширеному шийному і грудному відділах середостіння зі зміщенням трахеї і стравоходу, а також зникнення контурів дуги аорти при запущеній перфорації.

В групі хворих оглянутих в денний час (при наявності всього арсеналу апаратури) точність рентгенодіагностики поранень стравоходу сягала 96,4%. Хоча з початком бурхливого розвитку в останні десятиріччя високоточних відеоендоскопічних систем значення цих симптомів, як і рутинних рентгенологічних методів, окрім комп'ютерної томографії значно зменшилося і вони все частіше носять історичний аспект, чим практичний.

Проте негативні рентгенологічні дані не були приводом для відмови від подальшого інструментального обстеження пацієнта. При рентгенологічно виявленому травматичному гідротораксі діагностичні перфорації стравоходу допомагали дослідження пунктату плев-

ральної порожнини. У перші 6-12 годин він частіше носив геморагічний, а пізніше — гнійний характер. Перед пункцією вважали доцільним промивання стравоходу та прийом метиленового синього. При проникаючому пораненні (перфораторії) рівень та сторона пошкодження зазвичай визначали доступ при операції, а довжина, ширина і поширення ранового дефекту — необхідність і обсяг хірургічного втручання. Затікання контрасту більш ніж на 2 см від стінок стравоходу або хибний хід довший за 3 см вимагали негайного оперативного втручання незалежно від клінічної картини і самопочуття хворого.

Окрім того, при обстеженні даної категорії хворих завжди слід пам'ятати, що застрягле стороннє тіло може вказувати на органічне ураження стравоходу: пухлину, виразку, стриктуру чи грижу. Так у 5 хворих з запущеним раком карді непрямі відчуття за грудиною, гіперсалівация, першіння в горлі, що на думку хворих виникли після травми і трактувалися отоларингологом як симптом Джексона (велика кількість слизу в синусах глотки) насправді були наслідком метастазів раку в лімфатичні вузли середостіння (симптом Паннєвіца).

Останнім часом в діагностиці сторонніх тіл стравоходу вирішальна роль відводиться ендоскопічним методам. Саме езофагоскопія дозволяє достовірно визначити наявність або відсутність цієї патології, її локалізацію, ускладнення. Рентгенологічні методи дослідження, що широко застосовувалися нами раніше, в даний час переходять на другий план. Особливо це актуально в нічний час, коли відсутня можливість проведення комп'ютерної томографії. Останні роки ми взагалі відійшли від первинної ургентної діагностики сторонніх тіл стравоходу рентгеноконтрастними методами і вважалося їх використання доцільним для діагностики ускладнень травматичних ушкоджень стравоходу.

При обстеженні та лікуванні пацієнтів з чужорідними тілами верхніх відділів травного тракту розділяли два основних види ендоскопічних досліджень: діагностичний і лікувальний. Метою діагностичної ендоскопії було встановлення, чи уточнення діагнозу, визначення характеру і глибини травматичного ушкодження стінки стравоходу стороннім тілом, при цьому визначалася можливість його ендоскопічного видалення. Протиопоказанням до ендоскопічного діагностичного дослідження вважали: категоричну неадорозову відмову від дослідження пацієнта та вкрай важкий стан хворого, обумовлений перфораторією стравоходу, гнійним медіастинітом чи загальним перитонітом, коли проведення ендоскопічного дослідження було не лише недоцільним, але й могло погіршити стан хворого.

Дослідження проводилося в умовах спеціально обладнаного кабінету під місцевим знеболенням шляхом зрошення рототолки 2% розчином, чи 10% аерозолем лідокаїну, або в операційній в умовах внутрішньовенного знеболення пропалофом, а в більш складних випадках під загальним наркозом з міорелаксантами. Показанням до виконання діагностичної ендоскопії під загальним знеболенням вважали: дослідження хворих з психічними захворюваннями, що знаходилися в стані збудження; підозра на виникнення ускладнень та клінічні дані на користь перфораторії стінки в результаті довготривалого стояння стороннього тіла за розмірами більшого за діаметр стравоходу.

В ході ендоскопічних досліджень було виявлено, що передня стінка травувалася в дві рідше, ніж задня та бічні. Найбільш часто гострі сторонні тіла застрягли в області гирла стравоходу, першого фізіологічного звуження і в шийному відділі (70,1%). Великі й тупі предмети, монети застрягли переважно в грудному відділі (25,1%). Слід відзначити, що монети майже з однаковою частотою потрапляли як в стравохід так і в трахею та згідно правила Джексона в більшості випадків застрявали в стравоході — по поздовжній, а в трахеї по сагітальній осі органу. В дистальній третині стравоходу зазвичай застрявали великі фруктові кісточка, а у літніх людей — прозеги та непережовані шматки м'яса.

Після виявлення стороннього тіла в стравоході намічали тактику його ендоскопічного видалення. Всі спроби видалення стороннього тіла наосі або прощтовування його зондом вважали неприпустимими. Для ендоскопічного видалення сторонніх тіл використовували різні типи захоплювачів, діатермічні петлі, поліхлорвінілловий тубус для захисту стінок полого органу при видаленні гострих і ріжучих сторонніх тіл, тощо.

В наших спостереженнях основними принципами ендоскопічного видалення сторонніх тіл були адекватне знеболення та дозволення орієнтації чужорідного тіла в просвіті стравоходу, таким чином, щоб через вузькі місця стороннє тіло проходило найменшим діаметром, при необхідності (12 випадків) останнє низводили в порожнину шлунка для потрібної орієнтації.

Важливим аспектом при видаленні сторонніх тіл стравоходу є врахування факту їх тугого вклинення в стінку органу та термінів перебування в просвіті стравоходу. Особливо важливими ці фактори є для осіб літнього та похилого віку, так як у них довгострокове стояння стороннього тіла може викликати пролежні, що збільшують ймовірність виникнення перфораторії стравоходу під час ендоскопічного видалення.

Адекватне знеболення завжди було важливою складовою успішного ендоскопічного видалення сторонніх тіл. Показаннями до загального знеболення вважали: стан збудження у хворих з психічними розладами; гостре, щільно фіксоване чужоріднє тіло; підозра на множинні чужорідні тіла складної конфігурації або гострі сторонні тіла; підозра на кровотечу, перфораторію, флегмону, абсцес; обтурація просвіту стравоходу з тривалим терміном перебування чужорідного тіла; раніш проведені спроби ендоскопічного видалення чужорідного тіла в інших лікувальних закладах.

Методом вибору вважали ендотрахеальний наркоз із застосуванням міорелаксантів. Під місцевим знеболенням з стравоходу сторонні тіла видалені у 173 пацієнтів, під внутрішньовенним знеболенням — 34, під ендотрахеальним наркозом — 24. Після видалення стороннього тіла всім пацієнтам при наявності травми стравоходу виконувалося рентгеноконтрастне дослідження. Подібна тактика, в поєднанні з різними ендоскопічними прийомами, застосовуваними в залежності від характеру стороннього тіла, причин і глибини фіксації дозволили нам в більшості випадків видалити стороннє тіло без важких ускладнень. Чисто ендоскопічний метод вважали протиопоказанням, якщо стороннє тіло не вдавалося витягти в умовах загального знеболення з міорелаксантами (3 хворих), а подальші спроби лише збільшували травму, або ж у разі коли мала місце інтенсивна кровотеча (2 хворих). Всі вони були піддані ургентному оперативному лікуванню.

Колоті проникаючі поранення стравоходу відразу ж приводили до травматичного набряку і запалення навколостравохідної клітковини з розвитком локального перізофагального абсцесу. Проникаючі поранення (перфораторії) не глибше 0,5 см або хибні ходи не більше 0,8 см зазвичай починали лікувати консервативно масивними дозами антибактеріальних препаратів з обов'язковою заборонною пероральною харчування. Нутритивну терапію проводили парентерально або ж через тонкий силіконовий зонд. Консервативне лікування перфораторії зазвичай тривало в умовах невідкладного відділу не більше 2-3 днів, при перших ознаках гнійного запалення — наростання температури, лейкоцитозу, тахікардії або рентгенологічно видимої прогресії ознак медіастиніту прибігали до хірургічного втручання. Дренування абсцесу в поєднанні з інтенсивним антибактеріальним лікуванням зазвичай приводило до швидкого одужання хворого. Найбільш важливим показником динаміки процесу для хірурга повинна служити температурна крива.

При відсутності лікування асептичний абсцес вже через 6-12 годин після перфораторії переходив в виражене фібринозно-септичне запалення середостіння, медіастинальної плеви (плевневторакс) і перикарду. Вірулентна інфекція в 2 випадках призвела до дифузної флегмони середостіння. Перфораторія часто супроводжувалася еміфіземою середостіння, яка розсмоктувалася протягом 1-2 тижнів і суттєво не впливала на перебіг захворювання. Різка погіршував прогноз рефлекс пептичного вмісту шлунку в клітковину середостіння. Генералізацію інфекції супроводжували гнійно-резорбтивна лиманка, швидке виснаження, ерозивні кровотечі та перитоніт. Зволікання з активним хірургічним лікуванням перфораторії більш ніж на 24 години збільшували і без того високу летальність в 3 рази. Ефективність активного дренування з аспірацією вмісту та санацією підтверджена статистично, однак відновлювальна стадія хвороби тривала від 3 до 13 тижнів. Дефекти стравоходу більше 2 см заміщувалися при цьому рубцевою тканиною з локальною деформацією стінок (псевдоінвертикули) або зміною контурів і функцій стравоходу в терміні пізніше 1-2 років.

Особливу групу склали пацієнти, котрі первинно надійшли з клінікою перфораторії стравоходу сторонніми тілами. Нам вдалося витягти сторонній предмет у 9 з 12 пацієнтів ендоскопічно під час операції, яка заключалася в наступному: шийна медіастинотомія, видалення м'яса перфораторії стравоходу і фіксації чужорідного тіла, усунення фіксації чужорідного тіла і видалення чужорідного тіла ендоскопічним шляхом через стравохід, що дозволило уникнути зайвої езофаготомії. Операцію завершували дренуванням середостіння. У разі запущеної перфораторії стравоходу чужорідним тілом операцію завершували накладанням гастростоми.

За весь описуваний період ми жодного разу не отримали перфораторії стравоходу при ендоскопічному видаленні чужорідних тіл. летальних результатів в цій групі хворих не було. Всі пацієнти з травмами стравоходу, після видалення стороннього тіла транспортувалися до відділу невідкладної хірургії, або ж відразу до реанімаційного відділення з метою організації інтенсивного спостереження та лікування. За хворими з тяжкими травмами стравоходу окрім того здійснювався динамічний рентгенологічний та ендоскопічний контроль.

Враховуючи наш досвід лікування хворих з травматичними ушкодженнями стравоходу сторонніми тілами можна зробити наступні висновки:

1. Обстеження і лікування хворих з підозрою на травму стравоходу стороннім тілом мають здійснюватися в екстреному порядку і в умовах спеціалізованого багатопрофільного хірургічного стаціонару.
2. З метою своєчасного виявлення травматичного ушкодження стравоходу та пов'язаних з ним екстраорганичних ускладнень оптимальним є поєднане використання всіх можливих методів рентгенологічного та ендоскопічного методів дослідження.
3. Будь-яке виявлене в просвіті стравоходу чужоріднє тіло повинне бути по можливості видалено за допомогою гнучкої ендоскопічної апаратури, застосування котрої дозволяє підвищити інформативність дослідження та уникнути зайвої травматизації стінок стравоходу. При перфораторії стравоходу чужорідним тілом показано його ендоскопічне видалення як частини хірургічного втручання.
4. Застосування різновидів загального знеболення у хворих зі сторонніми тілами розмірами, що перевищують діаметр стравоходу, зокрема вклинення в стінку, або при тривалому їх стоянні в просвіті стравоходу (більше 6-12 годин) дозволяє скоротити час оперативного втручання та ризик виникнення післяопераційних ускладнень: перфораторії органу, синдрому Мендельсона та ін.
5. Питання про зондове харчування хворого, накладання гастростоми, чи інший вид оперативного втручання після перфораторії стравоходу чужорідним тілом вирішується індивідуально і залежить від давності перфораторії, локалізації перфораторійного отвору, віку і стану хворого та інших факторів.

Література

1. Воробєв А.И., Муштафин Д.Г., Проскурин А.И., Харитонов Д.А. (2004) Тактика диагностики и борьбы с осложнениями инородных тел пищевода. Российская оториноларингология. 4: 164-166
2. Кімакович В.И., Нікішев В.І., Тумак І.М. з співавт. (2008) Ендоскопія травного каналу. Норми, патологія, сучасні класифікації. Медицина Світу. 208
3. Леонов В.В., Донцов И.В., Мехтиханов З.С., Бойко Л.А. (2004) Руководство по эндоскопии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. (Москва). «Факт». 148 с.
4. Муштафин Д.Г., Проскурин А.И., Харитонов Д.А. (2006) Осложнения, вызванные инородными телами пищевода. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2: 44-47
5. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. (2000) Хирургия пищевода. (Москва). «Медицина». 341 с.
6. Lai A.T., Chow T.L., Lee D.T. et al. (2003) Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion. Br. J. Surg. 90; 12: 1531-1535
7. Nijhawan S., Shimpi L., Mathur A. et al. (2003) Management of ingested foreign bodies in upper gastrointestinal tract: report on 170 patients. Indian J. Gastroenterol. 22: 2: 46-48
8. Sodeman T.C., Harewood G.C., Baron T.H. (2004) Assessment of the predictors of response to glucagon in the setting of acute esophageal food bolus impaction. Dysphagia. 19; 1: 18-21

РАННИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС ПОСЛЕ РАЗРЕШЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ

Бондарев Р.В., Орехов А.А.

Кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ, Луганский государственный медицинский университет, Украина

Введение

Спаечная болезнь брюшной полости представляет одну из сложных и до конца не решенных актуальных проблем абдоминальной хирургии [1,2].

Внутрибрюшные сращения после операций на органах брюшной полости возникают в 80-90% случаев, а число заболеваний на фоне спаек достигает 12-64%. Частота развития рецидива острой спаечной непроходимости кишечника достигает 30-69%, повторные операции усугубляют состояние пациентов и приводят к летальному исходу в 13-55% случаев [3].

Одним из актуальных направлений в хирургии, позволяющими уменьшить количество рецидивов спаечной кишечной непроходимости, после купирования последней консервативными мероприятиями, является внедрение лапароскопических технологий, обладающих минимальной хирургической агрессией перед традиционными способами хирургического лечения [4,5].

При лапароскопических вмешательствах удается более точно установить локализацию и виды спаечных сращений, оценить состояние других органов, определить объем оперативного вмешательства, значительно снизить механическую травму брюшины,