

Objective. To analyze the results of surgical treatment of patients with posttraumatic diaphragmatic hernia.

Materials and methods. The results of treatment of 32 patients are presented in the work. X-ray, CT-scan, laparoscopy and thoracoscopy were used for diagnostic of posttraumatic diaphragmatic hernias.

Results and its discussion. The diagnosis was established radiologically (20), thoracoscopically (1), laparoscopically (1) and by CT-scan (10). Traumatic hernias were observed much more often on the left (29) than on the right (3). For correction in 29 cases, autoplastics was performed, in 3 cases mesh was used. Conclusions. Early diagnosis requires the use of a complex of instrumental methods of investigation, the most effective of which is CT-scan and thoracoscopy or laparoscopy.

Keywords: diaphragmal hernia, trauma, diagnostic, treatment.

УДК 616.329-001-089

ДІАГНОСТИЧНА ТА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ПОРУШЕННІ ЦІЛІСНОСТІ СТРАВОХОДУ: УЗАГАЛЬНЕННЯ ДОСВІДУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМИ, ЯТРОГЕННИМИ І СПОНТАННИМИ УШКОДЖЕННЯМИ СТРАВОХОДУ

**Н.Н.Велигоцький¹, В.А.Біленький², О.В.Горбуліч¹, С.А.Шепілов²,
І.В.Тесленко¹, В.А.Першин¹**

*Кафедра торакоабдомінальної хірургії ХМАПО¹
Військово-медичний центр східного регіону²*

Резюме. В роботі описано лікування 44 випадків пошкоджень стравоходу різного генезу, проведений аналіз діагностичної та хірургічної тактики при порушенні цілісності стравоходу: узагальнений досвід лікування пацієнтів з травматичними, ятрогенними і спонтанними ушкодженнями стравоходу, запропонована зондові методики лікування за допомогою рентген ендоскопічних методів. Дана оцінка результатів лікування.

Ключові слова: ураження стравоходу, методи лікування, хірургічна тактика.

Порушення цілісності стравоходу - рідкісна патологія, що супроводжується високим ризиком летального результату [1-3]. Клінічні прояви перфорації стравоходу не завжди правильно та своєчасно оцінюються, що ускладнює діагностику і лікування [1, 2, 5]. Однак, виконання операції

розширеного обсягу і навіть загальна анестезія на тлі гнійного процесу в плевральній порожнині і середостінні можуть бути незалежними факторами підвищеного ризику оперативного втручання [1, 3-5]. Загально визнаною є тактика з ушиванням зони пошкодження при давності перфорації до 12-24 годин і виконанням дренажу зони пошкодження при давності більше 24 годин із забезпеченням ентерального харчування: зондового, або через гастро- або єюностому [1-5].

Метою дослідження є аналіз клінічних випадків порушення цілісності стравоходу та розробка методів, що дозволяють з мінімальним ризиком лікувати хворих у пізні строки після перфорації стравоходу.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано досвід лікування 44 пацієнтів з порушеннями цілісності стравоходу різного генезу. З них у 16 (36,3%) пацієнтів діагностовані ураження шийного відділу стравоходу, у 23 (52,3%) - грудного, у 5 (11,4%) - абдомінального. Причинами пошкодження в шийному відділі були: операції на шийному відділі хребта у 3 пацієнтів, бужування – у 2, вторинне розплавлення гнійним процесом – у 2, бойова травма – у 7, травма мирного часу – у 2. У грудному відділі: бужування – у 3, розрив під час виконання ендоскопії – у 3, спонтанний розрив (синдром Бурхаве) – у 3, внаслідок тупої травми – у 1, проникаючого поранення - у 4, після реканалізації стравоходу – операція Целестна – у 2, перфорація стороннім тілом – у 3, ураження кісткою під час ендоскопічного видалення – 1, під час кардіоділятації – у 1, після встановлення стента – у 1, після проведення шлункового зонду – у 1. В абдомінальному відділі: балонна ділятація – у 1, під час встановлення стенту - у 1, під час виконання ендоскопії – у 1, травматичні розриви – у 2 пацієнтів.

Результати. Діагностувати пошкодження стравоходу у ранній термін дозволяла клініка абдомінальної перфорації, або гострий біль в зоні правої чи лівої частини грудної клітини. Клініка медіастиніту, глибокої флегмони ший, плевриту і емпієми плеври, які виникали в пізні терміни після перфорації, дозволяли виконати дообстеження та встановити діагноз, якщо порушення цілісності стравоходу не було виявлене на ранніх етапах. Верифікувати наявність пошкодження дозволяло поліпозиційне дослідження з водорозчинним контрастом. При сумніві в результатах дослідження застосовували рентгенографію з барієвої суспензією, що часто дозволяло виявити пошкодження стінки стравоходу в тих випадках де використання водорозчинного контрасту не давало чіткої інформації. Ендоскопічне дослідження та СКТ дозволяли виявити розмір перфорації та встановити наявність медіастиніту.

Ушивання або стентування зони пошкодження в терміни до 12 годин після перфорації вдалося виконати тільки у 6 (13,6%) хворих: у 4 з них мало

місце пошкодження абдомінального відділу стравоходу з розвитком клініки перфорації, у 1 хворого перфорація була виявлена підчас бужування перед встановленням стента - виконано заплановане стентування зони пухлинної стриктури, у 1 пацієнта перфорація виникла в абдомінальному відділі після встановлення стента - виконана лапаротомія та накладена фундоплікація. Летальних випадків у цих пацієнтів не було.

У 38 (86,4%) хворих діагноз встановлений більш ніж через добу після порушення цілісності стравоходу. У 4 хворих з ятрогенними ушкодженнями шийного відділу стравоходу виконували дренажування зони пошкодження і накладення гастростоми. У 3 пацієнтів застосовували варіант лікування пошкодження шийної ділянки стравоходу зондовим методом (зонд проводився трансназально у шлунок, завдяки якому проводилося харчування) - рис. 1.б, також виконували дренажування глибокої флегмони шії – рис. 1.а. У одного з цих пацієнтів пізніше була накладена гастростома. Летальних випадків не було. У 5 пацієнтів з бойової травмою в зоні шийного відділу виконувалося дренажування зони ураження і накладення гастростоми, у одного хворого проведена спроба ушивання зони поранення з летальним результатом, що був не пов'язаний з ушкодженням стравоходу, у однієї хворої з осколковими пораненнями шії та стравоходу виконано стентування. У 2 хворих з ножовими пораненнями виконані ушивання зон поранення, післяопераційний період пройшов без ускладнень.



Рис. 1. Варіант лікування при перфорації шийного відділу стравоходу. А - розтин та дренажування глибокої флегмони шії. Б - зонд для харчування проведений в шийному відділі стравоходу

У 7 пацієнтів з ушкодженнями грудного відділу стравоходу оперованих в пізні терміни зі спробою ушивання зони пошкодження летальні випадки зафіксовані у 3 (43%) пацієнтів. У 4 хворих ушивання зони пошкодження не проводилася – виконували накладання еюностоми та дренивання плевральної порожнини по Бюлау. Летальність склала 25% У 7 хворих, де порушення цілісності стравоходу виявлялося в пізні терміни, застосований спосіб лікування, який полягав в дрениванні зони пошкодження (дренування глибокої флегмони шиї – у 1 пацієнта, дренивання плевральної порожнини за Бюлау - у 6 пацієнтів) і проведенні назоеюнального зонда під рентгенвідеоконтролем в худу кишку на 50 см за зв'язку Трейца, що забезпечувало можливість виконання ентерального харчування. Летальних випадків в цій групі не було. Виконання цих втручань виконувалося у рентгеноопераційній за допомогою рентгенапарату РУМ-20 з УРІ (рис. 2.а). Також рентгеноендоскопічні втручання виконували у операційній загального призначення, де застосовували мобільний цифровий апарат для рентгеноскопії (рис. 2.б), для чого використовувався розроблений нами рентгенпрозорий стіл для рентгеноскопії (рис. 2.в).



Рис. 2. Апаратура для виконання рентгенвідеоендоскопічних втручань

А - Апарат РУМ 20 з УРІ. Б - пересувний рентген-апарат. В – стіл для рентгеноскопії.

Приклад лікування пацієнта з синдромом Бурхаве зондовим методом наведений на рис. 3.



А

Б

В

Г

Д

Рис. 3. Лікування пацієнта з синдромом Бурхаве зондовим методом

А – рентгенограма при надходженні хворого - виконана через 14 діб після спонтанного розриву стравоходу у наддіафрагмальному відділі. Б – стан після дренування плевральної порожнини (візуалізується зона перфорації та порожнина емпієми плеври). В - зонд для харчування проведено за зв'язки Трейца: 1 - зонд в стравоході, 2 - зонд в дуоденум, 3 - зона зв'язки Трейца, 4 – зонд у просвіті худої кишки. Г – через місяць після початку лікування – зберігається відмежований від плевральної порожнини хід езофагоплевральної нориці. Д – через 1,5 місяця після початку лікування – зона перфорації загоїлась.

У одного пацієнта з тупою травмою грудної клітини на 3 добу виконана спроба ушивання з летальним виходом внаслідок неспроможності швів та розвитку медіастиніту, у 2 хворих з ножовими пораненнями грудного відділу виконане ушивання в ранні строки без летальних виходів, у 2 пацієнтів ушивання виконане на 3 та 4 добу оскільки ушкодження стравоходу не розпізнано відразу – в обох випадках з летальним виходом.

Ушкодження абдомінального відділу стравоходу супроводжувалися клінікою перфорації, тому у всіх хворих виконане ушивання зони ушкодження без летальних випадків.

Обговорення: Отримані дані підтверджують необхідність ранньої діагностики ураження стравоходу, що дозволяє виконати ушивання зони ушкодження тавилікувати пацієнта в найкоротший термін [1-5]. Зазвичай для контрастної рентгенозофагоскопії застосовують водорозчинний контраст [2], але наші спостереження показали, що застосування барієвої суміші під час дає більш достовірну інформацію про наявність порушення цілісності стравоходу і її застосування доцільно при сумнівних даних. Найбільш небезпечним є порушення цілісності грудного відділу стравоходу, яке за нашими даними супроводжується високою летальністю – до 43% з найбільш високою частотою пізньої діагностики (69,6%). Зондовий метод застосований у 7 (30,4%) пацієнтів з порушеннями цілісності в зоні грудного відділу стравоходу, летальних випадків у цих пацієнтів не було. Метод виявився ефективним у важких, ослаблених пацієнтів. Також зондовий метод ми використовували у 5 пацієнтів з неспроможністю езофагогастроанастомозів [1], при цьому також не зафіксовано летальних випадків. Ефективність зондового лікування ушкоджень стравоходу та можливість його застосування у строки більш ніж 24 години з моменту ушкодження підтверджується даними Shuto K. та співавторами [5]. Але проведення зонда автори виконували за допомогою ендоскопу, що є більш травматичним ніж проведення під рентгенвідеоконтролем [1].

Застосування стентів при лікуванні пошкоджень стравоходу обмежувала їх висока вартість і ризик можливих ускладнень, найбільш тяжкими з яких є

розрив стінки стравоходу, кровотеча і міграція стента [3-5]. Нами виконане стентування у 2 хворих, обидва випадки - без ускладнень. Метод стентування, на нашу думку, може бути ефективним при перфорації в зоні пухлини стравоходу, а також при великих дефектах стінки в зоні ураження, де ефективність зондового методу може бути сумнівною.

Висновки

1. Порушення цілісності стравоходу потребує ранньої діагностики, що дозволяє виконати ушивання зони ураження з мінімальними строками лікування та показниками летальності. 2. У пацієнтів з давністю перфорації у шийному, або грудному відділі стравоходу більш ніж 24 години доцільне використання зондового методу, що може суттєво знизити летальність у важких хворих. 3. При великих дефектах стінки стравоходу, або перфорації в зоні пухлини стравоходу доцільним є встановлення стента.

Література

1. Велигоцкий Н.Н. Лечение осложненной эзофагопластики с помощью рентгенэндоскопических методов. / Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич, В. А. Першин [и др.] // Харківська хірург. школа - 2017. - № 2, том 83 – С. 145-148.
2. Стариков В.И. Редкие осложнения в хирургии рака пищевода и кардиального отдела желудка. / В.И. Стариков, Ю.А. Винник, К.Ю. Майборода. // Університетська клініка. — 2013. — Т. 9, № 1. — С. 30-33.
3. Chen K.N. Managing complications I: leaks, strictures, emptying, reflux, chylothorax. / K.N. Chen // J Thorac Dis. – 2014. – Vol. 6. – P. S355–S363
4. Griffiths E.A. Thirty-four cases of esophageal perforation: the experience of a district general hospital in the UK. / E.A. Griffiths, N. Yap, J. Poulter [et all.] / Dis Esophagus. – 2009 – Vol. 22. – P.616–625
5. Shuto K. Naso-esophageal extraluminal drainage for postoperative anastomotic leak after thoracic esophagectomy for patients with esophageal cancer. / K. Shuto , T. Kono, Y.Akutsu [et all] // Dis Esophagus.- 2017. - Vol.30, №3. – P. 1-9.

Резюме. *В работе описано лечение 44 случаев поврежденный пищевода различного генеза, проведен анализ диагностической и хирургической тактики при нарушении целостности пищевода обобщенный опыт лечения пациентов с травматическими, ятрогенными и спонтанными повреждениями пищевода, предложенная зондовая методика лечения с помощью рентген эндоскопических методов. Данная оценка результатов лечения.*

Ключевые слова: *повреждение пищевода, методы, хирургическая тактика.*

Summary. *The work describes the treatment of 44 cases of esophageal lesions of various genesis, analyzes of diagnostic and surgical tactics in case of violation of the integrity of the esophagus: a generalized experience of treating patients with traumatic, iatrogenic and spontaneous esophageal damage, a probe method of treatment using X-ray endoscopic methods. The evaluation of treatment outcomes is given.*

Key words: *esophageal damage, methods of treatment, surgical tactics.*

УДК 616.361-089.843-06-008.6-07-08

**ЛЕЧЕБНАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ
«СЛЕПОГО МЕШКА» ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ
БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ СОУСТИЙ**

**А.В.Воробей, Ю.Н.Орловский, Е.И.Вижинис,
Н.А.Лагодич, А.Ч.Шулейко, А.Д.Ораздурдыев**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
Республиканский центр реконструктивной хирургической
гастроэнтерологии и колопроктологии*

Резюме. *Синдром «слепого мешка» («sump-syndrome») является редким осложнением формирования билиодигестивных анастомозов - холедохоуденостомии (ХДА) и гепатикоеюностомии (ГЕА). По данным многочисленных авторов развитие «sump-синдрома» после ХДА возникает в 2,5-9,6% наблюдений. При стенозе ХДА в 40% случаев возникает формирование рецидивных холангиолитов в «слепом мешке».*

Методом выбора в лечении «sump-синдрома» является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ПСТ), (в 19% - повторная, из-за рецидива стеноза).

Тактика лечения «sump-синдрома» зависела от варианта первичной реконструктивной операции, инструментального подтверждения диагноза и степени выраженности холангита.

Ключевые слова: *билиодигестивный анастомоз, sump-синдрома, реконструкция, холангит.*

Синдром «слепого мешка» («sump-syndrome») является редким осложнением формирования билиодигестивных анастомозов - холедохоуденостомии (ХДА) и гепатикоеюностомии (ГЕА). Впервые