

**Игнатюк А. Н., Карпицкий А. С., Панько С. В.,  
Боуфалик Р. И., Шестюк А. М.**

УЗ «Брестская областная больница»  
г. Брест, Беларусь

## **ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА.**

**Введение.** На сегодняшний день синдром Бурхаве нередкая патология и составляет до 10 % от всех повреждений пищевода поступающих в стационар. Пациенты, поступающие в специализированное отделение зачастую находятся в тяжелом состоянии в связи с наличием сопутствующей острой эмпиемы плевры, медиастинита, сепсиса, полиорганной недостаточности. Летальность при таких повреждениях по данным разных авторов высока - от 30 до 85 %. Летальность по РБ от таких повреждений при открытых операциях составляет 35,5% и 11% при эндоскопических. Однако, даже при своевременно выполненном оперативном вмешательстве, несостоятельность швов после ушивания ран пищевода по РБ составляет 62 %. Если операция выполнена до 6 часов – несостоятельность развивается в 20% случаев, после 24 часов в 80% случаев.

**Цель.** Разработка эффективного метода лечения синдрома Бурхаве позволяющего уменьшить операционную травму, ликвидировать осложнения, снизить летальность.

**Материалы и методы.** Мы располагаем опытом лечения 18 пациентов с синдромом Бурхаве в течении 12 лет (2002 – 2014 год). Из них в отделении торакальной хирургии пролечено 14 пациентов и 3 в хирургических отделениях области. Среди них 16 (88,0%) мужчины, 2 (12,0%) женщины. У 4 (0,22%) пациентов до осмотра торакального хирурга были выполнены оперативные вмешательства: 1) - диагностическая лаларотомия; 2) - лапаротомия + резекция желудка; 3) - холецистэктомия, затем релапаротомия I по поводу «панкреатита», затем релапаротомия II по поводу «желудочного кровотечения» и только после этого торакальным хирургом выполнена торакотомия по поводу синдрома Бурхаве на 12 сутки; 4) – две диагностические лапароскопии и одна диагностическая лапаротомия.

**Результаты и обсуждение.** У 5 (27%) пациентов применялось открытое вмешательство. В одном случае (5,5%) пациентке выполнена торакотомия слева с экстирпацией пищевода и формированием концевой эзофагостомы и гастростомы вследствие обширности спонтанного разрыва пищевода - от диафрагмы до дуги аорты. У 13 (72,0%) выполнено торакоскопическое вмешательство. В 16 (88,0 %) случаях разрыв был до 3 см. и располагался слева, в одном случае (5,5%) разрыв был справа и в одном случае разрыв был без повреждения медиастинальной плевры. Оперировано 17 (94%) пациентов. Им

установлены Т-образные разборные дренажные системы собственной конструкции для открытых и эндоскопических операций (патенты на полезную модель РБ № 3383, № 11816 от 28.02.2007 года). Для этого проводится назогастральный зонд в желудок перед началом операции. Устанавливаются порты, вводится оптика и инструменты в стандартных точках для манипуляций на нижнем отделе пищевода. Мобилизуется нижняя доля легкого, проводится визуализация разрыва пищевода и назогастрального зонда. Далее зонд извлекается через торакопорт наружу. Экстраплеврально производится замыкание Т-образной дренажной системы. При открытой операции система собирается внутриплеврально. Сформированная конструкция погружается в пищевод. Плевральная полость санитруется и дополнительно дренируется двумя дренажными трубками. В послеоперационном периоде с 1-х суток пациентам проводится энтеральное зондовое питание. На 9- 10 сутки выполняется размыкание Т-образной конструкции с последующей ежедневной мобилизацией дренажа и постепенным его подтягиванием. Рана и формирующийся эзофагоплеврокожный свищ заживают вторичным натяжением. Умерло 2 пациента (11,0%), один после открытой операции (5,5%) и один без операции (100%). После торакоскопических вмешательств летальности не было.

### **Выводы.**

1. Разработанные методики операций и Т-образные разборные дренажные системы являются оптимальным методом лечения синдрома Бурхаве;
2. Предложенные оперативные вмешательства могут быть выполнены в любом хирургическом стационаре Республики Беларусь и позволяют снизить летальность при этом тяжелом повреждении в три раза.