



Иванов А. В.
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРОНХО-ПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ
НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Татур А. А.

1-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Пищеводно-респираторные свищи (ПРС) – это патологические соустья между просветом пищевода и дыхательными путями. Они подразделяются на пищеводно-трахеальные (ПТС) и пищеводно-бронхиальные свищи (ПБС) опухолевой и неопухолевой этиологии. ПРС опухолевого генеза являются, как правило, противопоказанием для радикального хирургического лечения. Неопухолевые ПБС по сравнению с ПТС более редкая патология, которая лечится только хирургическим путем. Улучшение результатов диагностики и лечения этой сложной и жизненно угрожающей патологии, несомненно, является актуальным для здравоохранения Республики Беларусь.

Цель: ретроспективный анализ результатов диагностики и дифференцированного лечения пациентов с ПБС.

Материалы и методы. С 1995 по 2019 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска находилась на лечении 50 пациентов с ПРС, из которых у 42 были ПТС (84%), у 8 - ПБС (16%).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов были 5 женщин и 3 мужчин, возраст которых варьировал от 19 до 74 лет. У 3 пациенток ПБС был осложнением бифуркационных дивертикулов пищевода, у 2 – ожогов пищевода, у 2 – язвенного рефлюкс-эзофагита, у 1 – перфорации пищевода. Клинически ПБС проявлялись кашлем при приеме пищи и развитием гнойного бронхита и рецидивирующих аспирационных пневмоний, причем у одного пациента с образованием абсцесса легкого. Лучевая диагностика ПБС включала рентгенконтрастное исследование пищевода (100%) с верификацией попадания контраста в правый главный бронх (ПГБ) (n=3), промежуточный бронх (n=1) и бронхи 3-5 порядков (n=4) справа у 6 пациентов (75%), слева – у 2 (25%). Локализация свищевого отверстия в пищеводе в верхней трети его грудного отдела выявлена у 1 пациентки, средней трети – у 5, в нижней трети – у 3. Размеры свища при ФБС со стороны ПГБ (3) и промежуточного бронха (1) варьировали от 4 до 10 мм. КТ выполнена 5 пациентам с выявлением свищевого хода у пациентов с дивертикулами пищевода (3), ожогом пищевода (1) и перфорацией пищевода (1). Лечение проводилось с учетом этиологии ПБС и тяжести состояния пациента. Гастростома была наложена 4 пациентам, питание через назогастральный зонд проводилась у 4 пациентов. При консервативном лечении ПБС закрылся у 1 пациентки с ожогом пищевода, и ей была выполнена шунтирующая заградная эзофагоколопластика. 7 пациентам выполнены разобщающие ПБС операции. У 3 пациенток выполнены степлерная дивертикулэктомия с пластикой ПГБ (1) и краевой резекцией легкого (2). У одного пациента с наличием хронического абсцесса легкого выполнена эзофагография и нижняя лобэктомия справа. У одного пациента с пищеводно-бронхо-ретроперитональным свищом выполнена эзофагография, краевая резекция нижней доли легкого с ушиванием внутреннего отверстия брюшинного свища и его наружным дренированием. У второй пациентки с ожогом пищевода и ПБС выполнены разобщение фистулы, эзофагография и пластика ПГБ лоскутом непарной вены. В связи с несостоятельностью швов пищевода и бронха на 7 сутки после операции выполнены субтотальная резекция пищевода, эзофагостомия, гастростомия и репластика бронха межреберным мышечным лоскутом. Пациентка поправилась, но от выполнения колоэзофагопластики отказалась. После разобщающей операции умер 1 пациент (16%), страдающий гломерулонефритом в терминальной стадии ХПН, экстренно оперированный в связи с развитием кровотечения из свища между колоэзофаготрансплантатом и ПГБ.

Выводы: 1. В структуре ПРС ПБС составляют 16%; 2) Диагностическая программа при ПБС должна включать комплексное рентген-эндоскопическое обследование; 3) Лечение ПБС оперативное, направленное на разобщение просвета пищевода и бронхов.