

*Татур А.А.2, Гончаров А.А.1, Климович А.Е.1, Богачев В.А. 1,
Пландовский А.В.1, Протасевич А.И.1, Кардис В.И. 2, Росс А.И.2*

ПИЩЕВОДНО-РЕСПИРАТОРНЫЕ СВИЩИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ: ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

¹УЗ «10-я городская клиническая больница», УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск

Актуальность. Пищеводно-респираторные свищи (ПРС) представляют собой жизненно-опасную патологию, в основе которой лежит развитие патологического сообщения между пищеводом, трахеей и бронхами различного порядка, вызванное различными заболеваниями и травмами. Актуальными проблемами является выявление современных причин их развития, профилактика, ранняя диагностика и оптимизация персонализированных методов лечения.

Цель. Анализ результатов диагностики и лечения пациентов с ПРС.

Материалы и методы. Анализ результатов диагностики и лечения 55 пациентов с ПРС доброкачественной этиологии, находившихся на лечении в 1994 - 2019 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе торакального и гнойного торакального отделений УЗ «10-я ГКБ» г. Минска.

Результаты и обсуждение. У 85,5% пациентов диагностированы трахеопищеводные свищи (ТПС), у 14,5% - пищеводно-бронхиальные (ПБС). Мужчин было – 30, женщин – 25. Медиана возраста пациентов составила 48 (19; 77) лет. Причинами развития ТПС явились длительная ИВЛ у 75% пациентов, инородные тела пищевода — у 10,6%, травма пищевода — у 6,4%, химический ожог пищевода (ХОП) — у 2,1%, осложнения трахеостомии - у 4,3%, порок развития — у 2.1%. ПБС развились в результате бифуркационного дивертикулита пищевода у 37,5% пациентов, ХОП— у 25%, язвенного рефлюкс-эзофагита — у 25%, перфорации пищевода — 12,5%. В результате проведенного КТ-ФБС обследования были установлены локализация (шейный отдел — 29, шейно-грудной отдел — 9, грудной отдел — 9) и размеры ТПС в трахее, характер и протяженность свищевого хода. ПБС были правосторонние у 6 пациентов, слева – у 2. На этапе подготовки к хирургическому разобщению ТПС умерло 7 пациентов (сепсис – 6, ТЭЛА –1) на фоне крайне тяжелой основной патологии и аспирационных осложнений. Облитерация несформированного ТПС травматического генеза отмечена у 3 пациентов. 37 пациентам выполнено радикальное разобщение ТПС с персонализированным укрытием зоны трахеорафии изолированными васкуляризированными лоскутами тимуса, мышц шеи, левой доли щитовидной железы, демукозизованным лоскутом из мембранозной

части трахеи. При сочетании ТПС с рубцовым стенозом трахеи (РСТ) выполнена циркулярная резекция трахеи с эзофагографией (4), эндоскопическая лазерная реканализация РСТ (7) и пластика трахеи на T-образном силиконовом стенте (7) с последующим разобщением ТПС, тимоперикардиотиреотрахеопластика с колоэзофагопластикой (1). При несостоятельности швов пищевода у 7 пациентов консервативное лечение было эффективно у 3, постановка T-образного стента в просвет трахеи - у 2, в просвет пищевода - у 1, повторное разобщение при реканализации свища - у 1. Причинами летальности после операции (16,2%) были аррозионное кровотечение (2), нарастающая ССН (1), инфаркт мозга (1), сепсис (1) и пневмония (1). На 1-м этапе работы (1994 — 2002 г.г.; n=7) умерли 3 пациента (42,9%), на 2-м (2003 — 2009 г.г.; n=12) - 2 (16,7%), на 3-м (2010 — 2019 г.г.; n=18) - 1 (5,6%), т.е. за последнее десятилетие летальность нам удалось снизить в 8 раз при утяжелении общего состояния пациентов и выполнении большего количества вмешательств. У пациентов с ПБС питательная гастростома (ГС) была у 4, назогастральный зонд - 4. У 1 пациентки с ПБС после наложения ГС свищ ожогового генеза закрылся с облитерацией пищевода, в связи с чем проведена загрудинная эзофагоколопластика. 7 пациентам (87,5%) из бокового торакотомного доступа проведены разобщение ПБС с выполнением: 1) степлерной дивертикулэктомии с пластикой ПГБ (1) и краевой резекцией легкого (2); 2) эзофагографии с нижней лобэктомией слева (1), краевой резекцией нижней доли легкого с ушиванием внутреннего отверстия забрюшинного свища и его наружным дренированием (1), пластикой ПГБ лоскутом непарной вены (1); 3) разобщения фистулы между ПГБ и колотрансплантатом, лигированием бронхиальной артерии с укрытием швов бронха лоскутом плевры (1). Осложнениями в послеоперационном периоде явились: 1) несостоятельность швов пищевода и бронха на 7-е сутки после разобщения с развитием медиастинита, эмпиемы плевры (выполнена субтотальная резекция пищевода, эзофагостомия, гастростомия и репластика бронха межреберным плевромышечным лоскутом (1); 2) кровотечение из зоны разобщения свища между колоэзофаготрансплантатом и ПГБ (1): достигнут эндоскопический гемостаз, но пациент умер на 12-е сутки после операции вследствие прогрессирования хронического гломерулонефрита в терминальной стадии ХПН. Послеоперационная 30-суточная летальность составила 14,3%.

Выводы. 1) В структуре респираторно-пищеводных свищей БПС занимают 14,5%, а ТПС неопухолевой этиологии у 75% пациентов имеют постинтубационную этиологию; 2) Диагностическая программа при ПРС должна включать КТ-эндоскопическое обследование с определением локализация и размеров фистулы, состояния пищевода, трахеи, бронхов и легких; 3) Хирургическая тактика у пациентов со сформированными ПРС

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

должна быть персонифицированной с выполнением после предоперационной подготовки разобщения фистулы с использованием различных васкуляризованных лоскутов аутоканей в условиях специализированного Центра, имеющего опыт в пищеводной, легочной и трахеобронхиальной хирургии.