

**ПИЩЕВОДНО-БРОНХИАЛЬНЫЕ СВИЩИ:
ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА**

*Климович А.Е.¹, Татур А.А.², Гончаров А.А.¹, Попов М.Н.¹,
Кардис В.И.¹, Стахиевич В.А.¹, Богачев В.А.¹, Петчик И.В.¹
УЗ «10-я городская клиническая больница»¹,*

Введение. Пищеводно-бронхиальные свищи (ПБС) неопухолевого генеза у взрослых пациентов являются редкой патологией, поскольку их большинство связано с прогрессированием неоперабельных злокачественных опухолей пищевода и легких. Причинами развития доброкачественных ПБС являются травмы и ожоги пищевода, инородные тела пищевода и бронхов, дивертикулы пищевода с явлениями дивертикулита, легочный туберкулез. Из-за неспецифической симптоматики (кашель, боль в груди, одышка), недостаточного знания врачами общей практики этой редкой, а при развитии аспирационных гнойно-воспалительных осложнений жизне-угрожающей патологии, инструментальная диагностика ПБС, как правило, поздняя, а их хирургическое лечение - несвоевременное.

Цель: Анализ результатов диагностики и лечения пациентов с ПБС.

Материалы и методы. В 1995-2019 г.г. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе торакального и гнойного торакального отделений УЗ «10-я ГКБ» г. Минска находилась на лечении 50 пациентов с пищеводно-респираторными свищами неопухолевого генеза, из которых у 8 были ПБС (16%).

Результаты и обсуждение. Женщин было 5 (63%), мужчин – 3 (37%), возраст которых варьировал от 19 до 77 лет. Причинами развития ПБС у 100% пациентов явились заболевания, травмы и ожоги пищевода: бифуркационные дивертикулы пищевода, осложненные язвенным дивертикулитом (3), химические ожоги пищевода (ХОП; 2), язвенный рефлюкс-эзофагит (2), перфорация пищевода (1). В клинической картине все пациенты отмечали кашель при приеме пищи, потерю массы (от 3 до 25кг) тела, рецидивирующие аспирационные пневмонии с развитием абсцесса нижней доли левого легкого (1) и легочного кровотечения (1). Инструментальная диагностика ПБС включала рентгенконтрастное исследование пищевода (100%), фибробронхоскопию (100%), ФЭГДС (100%), КТ ОГК (с 2008 г.; 63%). Устья ПБС локализовались в верхне-грудном отделе пищевода (1), средне-грудном (5) и нижне-грудном (2). Свищевой ход ПБС открывался в мембранозную часть правого главного бронха (ПГБ) (3), в промежуточный бронх (1), в бронхи 3-5 порядков справа (2), слева (2). Визуализированные размеры свища при ФБС в ПГБ и промежуточном бронхе варьировали от 4 до 10 мм. В процессе предоперационной подготовки с целью компенсации питательного статуса 4 пациентам наложена гастростома, у 4 питание проводилось через назогастральный зонд. У 1 пациентки после ХОП после исключения перорального приема пищи и антибактериальной терапии вследствие прогрессирования рубцового процесса в пищеводе свищ облитерировался и в последующем ей была выполнена шунтирующая загрудинная эзофагоколопластика. Остальным 7 пациентам под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией главных бронхов выполнено радикальное разобщение ПБС. Боковая торакотомия в 4-м межреберье выполнена у 4 пациентов, в 5-м - у 2, в 7-м - у 1. В качестве разобщающих методик персонифицированно проведены: 1)

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

степлерная дивертикулэктомия с пластикой ПГБ (1), промежуточного бронха (1), краевой степлерной резекцией легкого (1); 2) эзофагорафия с нижней лобэктомией слева по поводу хронического абсцесса легкого (1); 3) эзофагорафия, краевая резекция нижней доли легкого, ушивание внутреннего отверстия забрюшинного свища и его наружное дренирование при пищеводно-бронхо-ретроперитональном свище (1); 4) эзофагорафия и пластика дефекта ПГБ лоскутом непарной вены (1); 5) разобщение фистулы между ПГБ и искусственным пищеводом (эзофагоколопластика в детском возрасте), лигирование бронхиальной артерии, бронхопластика плевро-мышечным лоскутом, степлерная краевая резекция колотрансплантата (1). Последний пациент, страдающий гломерулонефритом, умер на 12-е сутки после операции от прогрессирования ХПН. Послеоперационная летальность составила 16%. Несостоятельность швов пищевода и ПГБ развились у пациентки 67 лет с ХОП 3 степени. После выполнения субтотальной эзофагэктомии, эзофагостомии и гастростомии, ремиеобронхопластики пациентка поправилась, но от выполнения колоэзофагопластики она отказалась и через 15 лет после операции умерла от инфаркта мозга.

Выводы.

- 1) В структуре пищеводно-респираторных свищей ПБС составляют 16%;
- 2) Основные причины развития ПБС - бифуркационные дивертикулы (37%) и повреждения пищевода (37%);
- 3) Диагностическая программа при ПБС включает квалифицированное КТ-рентген-эндоскопическое обследование;
- 4) Хирургическое лечение пациентов с ПБС предусматривает применение персонифицированной техники разобщения просветов пищевода и бронхов в условиях центра торакальной хирургии, имеющего достаточный опыт в выполнении этих сложных реконструктивно-восстановительных вмешательств.