

Игнатюк А.Н., Карпицкий А.С., Шестюк А.М., Боуфалик Р.И., Панько С.В., Журбенко Г.А., Вакулич Д.С.

ДИАГНОСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЭЗОФАГОПЛЕВРОКОЖНЫХ ФИСТУЛ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
Брест, Республика Беларусь*

Актуальность. Формирование эзофагоплеврокожной фистулы может явиться основным методом лечения среди пациентов с повреждениями пищевода и несостоятельностью швов эзофагогастроанастомоза. Одновременно возникает вопрос о сроках удаления плеврального дренажа, формирующего фистулу. Из-за особенностей репаративных и пластических свойств организма процесс адгезии плевральных листков протекает в различные сроки и, как следствие, раннее удаление дренажной трубки приводит к осложнениям в виде эмпиемы плевры. Контролируемое и методически обоснованное ведение пациентов в процессе формирования «контролируемых фистул» способствует повышению качества хирургических приемов в процессе лечения пациентов.

Цель исследования: улучшить результаты лечения повреждений и несостоятельности швов грудного отдела пищевода в процессе формирования эзофагоплеврокожной фистулы.

Материал и методы. Контроль адгезии плевральных листков при формировании эзофагоплеврокожной фистулы изучался с применением ультразвуковой методики. Исследование пациента выполнялось как при свободном дыхании, так и во время искусственной вентиляции легких. Положение пациента лежа или сидя. Устанавливался конвексный датчик ультразвукового аппарата с частотой волны 5-7,5 МГц в области наибольшего «интереса». «Зоной интереса» в нашем случае являлись межреберные промежутки, расположенные в области выхода из грудной клетки дренажа, формирующего «контролируемую фистулу». Ультразвуковое исследование выполняется в В- и М-режиме. Выводилось поперечное изображение двух ребер с межреберным промежутком между ними. Определялась плевральная гиперэхогенная линия. Определение признака «скольжения легкого» (В-режим) в «зоне интереса» говорило о том, что висцеральная плевра движется вместе с легким относительно париетальной плевры, совершая ритмичные поступательные движение на выдохе и вдохе. Это сигнализировало о том, что процессы адгезии плевральных листков в данном месте не возникли и удаление дренажа в области фистулы производить преждевременно. Для подтверждения использовался М-режим. В случае развития плевральной адгезии выявлялся признак «штрих-кода» (в норме определяется признак «морского берега»). При помощи данной методики ультразвукового

исследования мы смогли определить наличие и распространенность адгезии в плевральной полости и, как следствие, решить вопрос об удалении дренажа.

Результаты. Данная методика применена у семи пациентов. Осложнений, связанных с применением методики, не выявлено. У 3-х (42,9%) пациентов при выявленных ультразвуковых признаках адгезии плевральных листков произведено удаление дренажа на 7-9 сутки, у 3-х (42,9%) – на 9-11 сутки. В одном (14,2%) случае адгезионные процессы не наблюдались на протяжении 3-х месяцев. Процесс формирования фистулы был долгосрочен и трудоемок. Попытки тракции и удаления дренажа сопровождались затеками, эмпиемой плевры. Лечение завершилось формированием большого ложного дивертикула. Контрольная группа – 9 пациентов с несостоятельностью швов пищевода. Перед удалением дренажа отделяемого не отмечалось. Удаление произведено на 10-14 сутки у 5-ти (55,5%) пациентов, у 4-х (44,5%) – на 15-17 сутки. В 3-х (33,3%) случаях отмечены затеки, потребовавшие дополнительных вмешательств.

Выводы и рекомендации.

1. Методика ультразвукового контроля адгезии плевральных листков в процессе формирования эзофагоплеврокожных фистул соответствует современным тенденциям в медицине, таким как ранняя визуализация и контроль над течением раневого процесса.

2. Своевременная оценка облитерации плеврального пространства одновременно способствует исключению «затек» в месте формирования эзофагоплеврокожных фистул.

3. Рациональное удаление плеврального дренажа позволяет активизировать пациентов в ранние сроки лечения, тем самым сокращая сроки госпитализации.