

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ПИЩЕВОДА

*Пушкин С.Ю.^{1,2}, Белоконев В.И.¹, Абашкин Н.Ю.², Щербаков Д.А.²
¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, ²ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им.
В.Д. Середавина», Самара, Российская Федерация*

Введение. Не смотря на активное развитие высокотехнологичной медицинской помощи результаты лечения пациентов с повреждениями пищевода можно считать неудовлетворительными, летальность достигает 13,2-50%. Оперативные вмешательства у данной категории пациентов имеют высокую степень сложности из-за анатомических особенностей расположения пищевода и прилежащих органов, развития осложнений. Отсутствие единых стандартов лечения и многообразие оперативных и эндоскопических пособий затрудняет выбор оптимального способа лечения и ведения пациентов. В связи с этим анализ результатов лечения пациентов с травмой пищевода является актуальной проблемой и требует дальнейшего изучения.

Цель – улучшить результаты лечения пациентов с травмой пищевода за счет применения комбинации различных вариантов лечебных пособий.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 252 больных с перфорацией пищевода за период с 2013 по 2022 год в возрасте от 17 до 70 лет. Мужчин было 189, женщин – 63. Причинами повреждений были инородные тела (86/34,1%), ранения органа холодным оружием (34/13,5%), закрытая травма шеи, груди (10/3,9%), пролежни стенки пищевода после установки и удаления металлических конструкций на телах позвонков (9/3,6%), бужирование и баллонная дилатация стриктур (23/9,1%), интубация трахеи и трахеостомия (16/6,3%), синдром Бурхаве (23/9,1%), инструментальные исследования (12/4,8%) и прочие. У 214 (84,9%) пациентов были повреждения одной стенки пищевода, у 38 (15,1%) – сложные или множественные перфорации.

Алгоритм обследования больных с травмой пищевода включал обзорную рентгенографию шеи, грудной и брюшной полостей, контрастное исследование пищевода с раствором серноокислого бария, по показаниям фиброэзофагогастродуоденоскопию, компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Все больные были разделены на две группы. В 1 группу вошли 218 (86,5%) пациентов, которым выполняли открытые или эндоскопические методики для ликвидации дефекта пищевода. Во 2 группу вошли 34 (13,5%) пациента, которым одномоментно проводили одновременное открытое ушивание перфорации пищевода или сквозное чреспищеводное дренирование в сочетании с внутриспросветным эндоскопическим клипированием другого дефекта пищевода или VAC-

терапией, которая также использовалась как внутрипросветная, так и снаружи от зоны повреждения пищевода.

При оценке эффективности способов лечения больных с травмой пищевода, выявлено что хорошие результаты получены у пациентов без выраженных морфологических изменений в стенке органа при ушивании стенки пищевода, при ушивании стенки пищевода в сочетании с чреспищеводным дренированием, при ушивании стенки пищевода с укреплением линии швов, при сочетании ушивания стенки пищевода с укреплением линии швов и сквозным чреспищеводным дренированием. У пациентов с выраженными морфологическими изменениями в стенке органа ушивание дефекта пищевода не проводилось положительный результат был достигнут комбинацией методик сквозного чреспищеводного дренирования и вакуумной терапии, как внутрипросветной, так и при установке вакуумной системы снаружи от зоны повреждения органа. При развитии медиастинита наиболее эффективно дренирование средостения сквозными дренажами.

В 1 группе у 145 (67,8%) с повреждениями и перфорацией пищевода при ушивании стенки органа в сочетании с проточным промыванием осложнений не было. У 35 (16,3%) больных потребовалась повторная операция для редренирования зоны повреждения в пищеводе и средостении, из них у 12 (34,2%) были сложные и множественные повреждения. Умер 51 (23,4%) больной, среди них преобладали пациенты с поздним обращением за медицинской помощью, распространенным медиастинитом.

Во 2 группе хорошие результаты достигнуты у 33 (97%) пациентов, из них у 22 были сложные и множественные повреждения. Только 1 (2,9%) потребовалась повторная операция, летальных исходов не было.

Выводы. При повреждениях и перфорациях пищевода необходим дифференцированный подход к выбору способа операции, объем которой зависит от характера изменений в стенке органа, тяжести и распространенности медиастинита. У больных с тотальным гнойным медиастинитом и сепсисом, поступивших в первые сутки от повреждения, результаты лечения хуже, чем у пациентов, госпитализированных в более поздние сроки, но с меньшими клиническими проявлениями. При ранних операциях ушивание стенки пищевода с укреплением линии шва местными тканями позволяет добиться первичного заживления дефекта. При сложных и множественных повреждениях пищевода комбинированное лечение с одновременным применением открытых и внутрипросветных методов позволяет улучшить результаты, снизить частоту осложнений и летальных исходов.