

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

*Игнатюк А. Н., Карпицкий А. С., Шестюк А.М., Журбенко Г. А.,
Вакулич Д.С., Бродницкий А.А.*

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

Введение. На современном этапе летальность от перфораций пищевода в среднем составляет 19,7%. Это обусловлено прежде всего трудностью диагностики, выбором оптимального метода лечения. В процессе лечения перфораций грудного отдела пищевода, возникает необходимость в решении ряда вопросов: адекватное дренирование и санация средостения и плевральной полости, восполнение белковых потерь и энергетических затрат.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с перфорацией грудного отдела пищевода.

Материалы и методы. В УЗ «Брестская областная клиническая больница», на базе отделения торакальной хирургии с 2002 по 2022 год оказана специализированная медицинская помощь 55 пациентам с перфорацией грудного отдела пищевода: 42 (76,4%) мужчин и 13 женщин (23,6%). Среднее время от начала клинических проявлений до начала оказания специализированной медицинской помощи при перфорации составило $M_e = 24$ часа. Диагноз направившего учреждения с окончательным диагнозом не совпал у 22 (40,0%) пациентов. До 24 часов оперативное вмешательство выполнено 24 пациентам, позднее – 30. Этиологические причины перфораций: ахалазия кардии (кардиодилатация) – 2 (3,6%) пациента; инородное тело пищевода – 9 (16,1%); рак пищевода – 2 (3,6%); спонтанный разрыв пищевода – 23 (41,1%); стриктура пищевода при рефлюкс-эзофагите (бужирование) – 1 (1,8%); химический ожог пищевода (бужирование рубцово-изменённого пищевода) – 14 (25,0%); ятрогенное повреждение – 5 (8,9%). Разделение пациентов на группы произведено на основании применяемых методов лечения. В группу сравнения (первая группа) включен 21 (38,2%) пациент, которым выполнялась экстирпация пищевода с наложением концевой гастростомы и эзофагостомы либо экстирпация с одномоментной пластикой пищевода, ушивание перфорации с выключением пищевода (наложение гастростомы и эзофагостомы) либо без выключения, дренирование (без прицельного подведения к месту перфорации). Во второй группе ($n=21$ (38,2%)) для лечения основного заболевания была установлена Т-образная разборная дренажная система (патент: «Дренажная система для хирургического лечения спонтанного разрыва наддиафрагмального отдела пищевода и способ ее установки»: пат. ВУ № 20324 Оpubл. 30.08.2016) Из них в 17 (81%) случаях операция выполнена видеоторакоскопическим доступом. Третья группа – 13 (23,6%) пациентов характеризовалась фиксацией дренажа у места визуализируемой перфорации (либо места перфорации диагностированного рентгенологическими методами исследования). Из них в

9 (69,2%) случаях операция выполнена видеоторакоскопическим доступом (инструкция по применению №013-0223: «Метод фиксации дренажа в плевральной полости при формировании пищеводно-плевро-кожного свища»).

Результаты и обсуждение. Совпадение первичного диагноза с основным в группе сравнения отмечено у 17 (81,0%) пациентов, в группе T-образной дренажной системы у 7 (33,3%), в группе с фиксацией дренажа у 9 (69,2%). Время начала оказания специализированной помощи при перфорации в первой группе 9 часов, с применением T-образной дренажной системы (вторая группа) – 28, в группе с фиксацией дренажа (третья группа) – 31 час соответственно. Продолжительность послеоперационного койко-дня в группе сравнения составила 28 дней, T-образной дренажной системы (II группа) – 35, фиксации дренажа (III группа) – 27 дней соответственно. Летальность составила в первой группе 3 (14,3%) пациента, во второй – 3 (14,3%), третьей – 1 (7,7%). Выписано в удовлетворительном состоянии 48 (87,3%) пациентов. Стоит отметить, что даже на ранних сроках (до 24 часов) оказания специализированной помощи пациентам с перфорацией грудного отдела пищевода отмечаются выраженные гнойно-некротические изменения, что ставит вопрос перед хирургом в целесообразности наложения первичных швов либо сразу же приступить к формированию «контролируемой» фистулы. Однако наличие «скомпрометированного» пищевода принуждает хирурга изменить выбор оперативного вмешательства в сторону радикального решения вопроса – экстирпации пищевода. В раннем послеоперационном периоде, пациентам которым была установлена T-образная дренажная система либо выполнена фиксация дренажа у места перфорации, использовался режим постоянного отрицательного давления в дренаже от 120 до 150 мм. рт. ст.. Питание пациентов осуществлялось через назогастральный (назоитенстиальный) зонд. При наступлении признаков сращения плевральных листков в зоне формирования «контролируемого» свища производилось размыкание конструкции либо удалялся фиксирующий элемент (лигатура) с последующей постепенной тракцией дренажной трубки.

Выводы:

1. Определены предоперационные предикторы, влияющие на тактику хирургического вмешательства, которыми явились: «совпадение первичного диагноза с клиническим» ($p = 0,005$); «расстояние от резцов до дефекта стенки пищевода» ($p = 0,002$: p группа исследования T-образная дренажная система – группа сравнения = 0,008, p группа фиксация дренажа – группа исследования T-образная дренажная система = 0,006); «диагноз», на фоне которого произошла перфорация. ($p = 0,002$).

2. Применение малоинвазивных торакоскопических методов лечения перфораций грудного отдела пищевода при не «скомпрометированном» пищеводе позволило сохранить пищевод, без последующих реконструктивных вмешательств и сократило сроки реабилитации с улучшением качества жизни пациентов.

3. Используя данные методы хирургических вмешательств удалось снизить летальность с 14,3% (группа сравнения) до 11,7% (совместно в группах Т-образной разборной дренажной системы и фиксации дренажа у места перфорации).