

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ**

**Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М.,  
Черкасов Д.М., Меликова С.Г.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации*

**EXPERIENCE OF VACUUM THERAPY IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE ESOPHAGEAL FISTULAS**

**Cherkasov M.F., Galashokyan K.M., Startsev Yu.M.,  
Cherkasov D.M., Melikova S.G.**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Введение.** Пищеводные свищи являются тяжелыми заболеваниями, при которых поздняя диагностика, несвоевременная и неправильная лечебная тактика могут приводить к летальному исходу из-за присоединения гнойно-септических осложнений. Доступно множество методов лечения пищеводно-желудочно-кишечных свищей, в том числе хирургические и эндоскопические методы, однако результаты и безопасность этих способов зачастую противоречат друг другу, специалисты постоянно находятся в поиске более безопасных и эффективных стратегий лечения.

К числу таких способов можно отнести вакуумную терапию, имеющую положительное влияние на репаративный регенерацию за счет комплекса патогенетически обоснованных точек приложения.

В течение последних десятилетий стал доступным метод лечения пищеводных свищей – эндоскопическая вакуумно-аспирационная терапия (ВАТ) или внутриспросветная вакуумная терапия (Endo-VAC, E-Vac). Следует отметить, что данный способ не получил широкого распространения вследствие технической сложности применения.

**Цель.** Улучшение результатов лечения послеоперационных пищеводных свищей путем определения эффективности и безопасности разработанной методики с применением вакуумной терапии.

**Материалы и методы.** В 2018–2023 гг. на базе хирургического отделения ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России пролечено 6 пациентов с использованием вакуумной терапии при послеоперационных пищеводных свищах. Средний возраст пациентов составил 62 года (от 47 до 75 лет). По поводу ахалазии пищевода прооперировано 2 пациента, которым выполнена эзофагокардиомиотомия по Геллеру с фундопликация по Дору. По поводу дивертикула нижней трети пищевода оперировано 2 человека, которым выполнена лапаротомия и дивертикулэктомия. А также, 1 пациент с гигантской параэзофагеальной грыжей и 1 пациент оперирован со

злокачественным образованием желудка, которому выполнена лапаротомия, гастрэктомия с лимфаденэктомией D2.

Несостоятельность линии швов у данных пациентов диагностирована в среднем на 4,6 сутки (от 2-х до 8 суток) после оперативного лечения. У 5 (83%) пациентов после диагностирования несостоятельности швов была выполнена релапаротомия.

Всем больным, включенным в исследование, проводили консервативную терапию с использованием разработанной оригинальной методики лечения послеоперационных пищеводных свищей с применением вакуумной терапии (Пат. 2758546 Российская Федерация, «Способ лечения пищеводно-медиастинально-кожного свища»). После диагностирования пищеводного свища дренажную трубку подключали к аспиратору для лечения отрицательным давлением. В первые 10 дней лечения аспирацию проводили при уровне отрицательного давления 100 мм рт. ст., при этом ежедневно 3 раза в день аспирацию прекращали и больному перорально, а также в дренажную трубку вводили антисептический препарата «Мирамистин». Следующие 7 дней давление уменьшали до уровня 70 мм рт. ст. и в последующие дни введение антисептического препарата прекращали, а вакуумную аспирацию уменьшали до 50 мм рт. ст. до полного закрытия свища.

**Результаты и обсуждение.** Локализация дефекта от резцов составило в среднем 34 см, размер дефекта стенки пищевода составил – 8,5 мм. Количество релапаротомий в среднем составило 0,5. Вакуумную терапию использовали в течение 22,5 дней. Кормление препаратами клинического питания выполнялось в 5 (83%) наблюдениях через назогастральный зонд, а в 1 (17%) – через еюностому по Майдлю. Пищеводные свищи во всех наблюдениях ликвидированы в сроки от 25 до 31 дней от начала вакуумной терапии, что в среднем составило 28,5 дней. Летальный исход отмечен в одном случае (16,7%) у пациента после дивертикулэктомии по поводу эпифренального дивертикула пищевода, причиной смерти стала тромбоэмболия, сепсис, перитонит, медиастинит.

**Выводы.** Представленный способ лечения мы рекомендуем для лечения пищеводных свищей без развития распространенного перитонита, при наличии изолированного дренируемого абсцесса или трубчатого свища.

Таким образом, предложенный нами способ лечения пищеводных свищей с применением вакуумной терапии является простым, эффективным при условии адекватного энтерального питания и может быть использован как альтернативный относительно традиционных консервативных методов и таких современных малоинвазивных способов лечения, как: применение самораскрывающихся стентов, клипирование и внутрисветная вакуумная терапия.

**ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКА В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ,  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ**

*Черминина С.С., Никифоров А.В., Косовец А.С., Инфарович В.А.,  
Меренкова О.М., Косовец О.Е., Уткина А.В., Боровой И.А., Курилов А.В.  
Жодинская центральная городская больница*

**APPLICATION OF ULTRASOUND IN MINIMALLY INVASIVE SURGERY,  
ANESTHESIOLOGY AND REANIMATION**

*Cherminina S.S., Nikiforov A.V., Kosovets A.S., Infarovich V.A.,  
Merenkova O.M., Kosovets O.E., Utkina A.V., Borovoy I.A., Kurilov A.V.  
Zhodinskaya central city hospital*

**Введение.** На сегодняшний день малоинвазивные хирургические вмешательства с использованием ультразвуковой навигации стали методом выбора при ряде заболеваний. Область применения ультразвука существенно расширяется не только в хирургии, но и в анестезиологии и реаниматологии. Ультразвуковая технология, на данный момент, является безопасной, портативной, относительно не дорогой, что делает ее востребованным методом для диагностических, лечебных и мониторинговых целей, как в хирургии, так и в анестезиологии. Актуальность вопроса в том, что в современных реалиях, сложилась тенденция к минимизации хирургической агрессии при выполнении хирургических вмешательств и постоянное развитие аппаратно-инструментального обеспечения современных хирургических стационаров.

**Цель.** Целью данного исследования является обобщение и анализ применения ультразвуковой навигации в малоинвазивной хирургии, при оказании анестезиологической и реанимационной помощи в общехирургическом стационаре.

**Материалы и методы.** Все манипуляции выполнялись с использованием УЗИ аппарата Mindrey DC – 60.

УЗИ датчики: 1.Конвексный 3,5 – 5 МГц при манипуляциях на брюшной и грудной полостях.

2.Линейный 7,5 - 10 МГц при манипуляциях на молочной железе, мягких тканях и в анестезиологии.

3. Ректальный датчик 5-10 МГц.

Биопсия предстательной железы выполнялась с применением направляющей. Остальные виды биопсий и манипуляций выполнялись методом «Hand Free».

В 2023 году под УЗИ-контролем было выполнено:

1. Биопсии предстательной железы – 116 пациентов.
2. Дренирование и пункции плевральной полости – 30 пациентов.
3. Цистостомия с УЗИ наведением - 28 пациентов.

За 6 месяцев 2024г. выполнено:

1. Биопсии предстательной железы – 47 пациентов.

2. Биопсии молочной железы, мягких тканей, тканей, печени – 27 пациентов.
3. Дренирование жидкостных образований брюшной полости – 18 пациентов
4. Лапароцентез у пациентов с послеоперационными рубцами на передней брюшной стенке – 14 пациентов.
5. Цистостомия с УЗИ наведением – 12 пациентов
6. Дренирование и пункции плевральной полости с УЗИ наведением – 48 пациентов
7. Перикардиоцентез под УЗИ контролем – 3 пациента.
8. Пункционное лечение абсцесса предстательной железы – 2 пациента.
9. Нефростомия – 1 пациент.
10. Дренирование абсцесса селезенки – 1 пациент.
11. Проводниковая анестезия – 75 пациентов (что составляет 91,5% от всех выполненных проводниковых анестезий)
12. Установка центрального венозного катетера (ЦВК) – 165 пациента (что составляет 74% от всех установленных ЦВК)
13. FAST-протокол – 63 пациента.

Осложнения после выполненных операций и манипуляций были у 12 пациентов и составляют 1,9% (из них у 3 пациентов кровоизлияния в брюшную стенку; у 6 пациентов - инфекция предстательной железы; у 1 пациента – подтекание экссудата в брюшную полость после дренирования селезенки, у 2 пациентов – пункция артерии, межмышечная гематома, у 2-х пациентов развился пневмоторакс после эвакуации гидроторакса). Все осложнения купированы консервативно. При инфекции предстательной железы требовалась повторная госпитализация и проведение антибактериальной терапии. После дренирования абсцесса селезенки выполнено дренирование брюшной полости для эвакуации экссудата. У 2 пациентов потребовалось дренирование плевральной полости.

#### **Результаты и обсуждения.**

Применение ультразвуковой навигации в хирургии и анестезиологии привела к значительному снижению послеоперационных осложнений. Проведенные данные позволяют отметить рост малоинвазивных хирургических вмешательств под УЗ-контролем, активное применение ультразвуковой навигации в анестезиологии и реанимации.

#### **Выводы.**

Малоинвазивные вмешательства под УЗ-контролем являются достаточно эффективными и безопасными методами диагностики и лечения ряда заболеваний и их осложнений. Его основные достоинства: доступность, неинвазивность, безопасность, возможность многократного применения. Применение УЗ-навигации в хирургии и анестезиологии является весьма перспективным методом, позволяющим увеличить количество успешных манипуляций и уменьшить количество осложнений.