

ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

¹ Вижинис Е. И., ¹ Шулейко А. Ч., ² Чепик Д. И., ² Шкурин С. В.,
² Казловский А. А., ¹ Дыбов О. Г., ¹ Хаджи Исмаил И. А.,
² Штейн А. Л., ² Белая В. Н., ² Любецкая А. П.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Минская областная клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Перфорация пищевода является особо опасной ситуацией для пациентов. Основные осложнения ее — флегмона глубоких клетчаточных пространств шеи и гнойный медиастинит характеризуются быстро прогрессирующим течением и непредсказуемым прогнозом. Согласно литературным данным свыше 90 % пациентов с перфорацией пищевода погибают в первые 48 часов, если им не была своевременно оказана хирургическая помощь. Поздняя диагностика и несвоевременное хирургическое лечение наблюдали у 27,2–40 % пациентов. Свыше 60 % случаев перфорации пищевода является следствием его ятрогенных повреждений. Это обусловлено значительным ростом количества оперативных вмешательств на органах шеи, грудной клетки и средостения; возрастающим применением диагностических и лечебных манипуляций с использованием фиброволоконной оптики, процедур бужирования, стентирования пищевода, кардиодилатации. Сохраняется устойчивый процент спонтанных перфораций, деструкции пищевода вследствие опухолевого и язвенного поражения. Летальность достигает 52–70 %.

Цель исследования: изучить результаты диагностики, консервативного и оперативного лечения пациентов с перфорациями пищевода различной этиологии и локализации, осложненными глубокими флегмонами шеи, гнойным медиастинитом, плевритом.

Материалы и методы. С 2020 по 2023 гг. в клинике хирургии ИПКиПКЗ «БГМУ» на базе УЗ «МОКБ» обследовали и оперировали 12 пациентов с перфорацией пищевода различной

этиологии. Возраст пострадавших составил от 21 до 68 лет (в среднем — 44 ± 12 лет). Причиной перфорации были инородные тела глотки и пищевода — 4 (33,3 %), бужирование рубцовых стриктур пищевода и кардиодилатация — 3 (25,0 %), осложнения после операций на пищеводе; перфорация пищевода вследствие открытых и видеолапароскопических оперативных вмешательств на абдоминальном и нижнегрудном отделах пищевода по поводу осложненной гастроэзофагальной рефлюксной болезни (1 наблюдение), скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы — 2 пациента, спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава) — 2 (16,6 %). Перфорации опухолей пищевода и пищеводно-трахеальные свищи после продленной ИВЛ в данном обзоре мы не рассматривали.

В работе мы применили следующий диагностический алгоритм необходимых инструментальных исследований при подозрении на перфорацию пищевода:

- обязательное рентгенологическое полипозиционное исследование с контрастированием. Оно является наиболее доступным и информативным методом диагностики перфораций пищевода, выполнили всем пациентам;

- фиброэзофагогастроскопия с контрастированием для уточнения топографии затека и характера перфорации; Исследование проводили аппаратами фирмы «Olimpus» и «Fujinon»;

- бронхоскопия при формировании пищеводно-бронхиальных свищей;

- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Вторичные признаки перфорации диагностировали у 7 (58,3 %) пациентов (расширение средостения, скопление газа в околопищеводной клетчатке, скопление жидкости в плевральной полости, ателектаз легкого, признаки деструкции стенки пищевода). В сочетании с контрастированием изучали наличие и характер затеков контрастного вещества;

- ультразвуковое исследование клетчаточных пространств шеи и верхнего средостения. Применили в 6 наблюдениях для диагностики повреждений шейного отдела пищевода и его осложнений — абсцессов и флегмон глубоких клетчаточных пространств и

верхнего средостения. Из них у 2 пациентов использовали интраоперационное УЗИ.

Результаты и обсуждение. При перфорации шейного отдела пищевода выделяли его из широкого разреза параллельно кивательной мышце, выполняли ревизию, санацию околопищеводной клетчатки, попытку ушивания пищевода при «свежей» перфорации и обязательное сквозное дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи по методике, разработанной в клинике.

При получении данных о распространении процесса на средостение боковые разрезы соединяли вместе овальным разрезом над яремной вырезкой и, отделяя кожно-фасциальный лоскут от подлежащих органов и тканей, получали широкий доступ к верхнему средостению. Раскрывали его и дренировали перфорированными трубчатыми дренажами через имеющиеся боковые разрезы на шее с последующим подключением к активной аспирации. В случаях распространения воспалительного процесса на верхнее средостение выполняли его дренирование из шейного доступа с формированием трахеостомы при наличии показаний для ее наложения. Выполнили в 4 наблюдениях. При перфорации грудного отдела пищевода выполняли торакотомию со стороны преобладающего поражения средостения и плевральной полости, широкую медиастинотомию. Ушивание перфоративного отверстия в грудном отделе пищевода считаем необязательным. В сроки более 12 часов от момента перфорации оно технически трудно выполнимо и не приносит ожидаемого результата. В 4 (33,3 %) наблюдениях применили малоинвазивный метод — торакоскопическую медиастинотомию. Для выполнения этих операций использовали современную эндовидеохирургическую аппаратуру. Случаев конверсии, перехода на открытую торакотомию, не было. Средняя продолжительность лечения при применении видеоторакоскопии на 12 дней меньше, чем лечение с использованием стандартных методик.

Наиболее сложными для диагностики и лечения были спонтанные разрывы нижнегрудного отдела пищевода (синдром Бурхава). В проспективной группе наблюдали 8 пациентов мужского

пола разного возраста. Выполняли торакотомию, медиастинотомию, санацию и дренирование средостения и плевральной полости. В двух случаях была попытка ушивания дефекта стенки пищевода. У одного пациента операцию выполнили с использованием малоинвазивной эндоскопической методики: установили саморасширяющийся нитиновый стент с тефлоновым покрытием, затем — видеоторакоскопия, эндоскопическая медиастинотомия, санация и дренирование средостения и плевральной полости. В одном наблюдении, после стентирования пищевода, выполнили лапароскопическую санацию и дренирование средостения через пищеводное отверстие диафрагмы. Перфорации абдоминального отдела пищевода в наших наблюдениях были вследствие ятрогенных повреждений. У 2 пациентов имела место перфорация во время кардиомиотомии, выполненной лапароскопическим способом по поводу ахалазии. Повреждения были выявлены во время операции, дефекты ушили, оперативное вмешательство завершили эзофагофундоопликацией. Конверсии не потребовалось. Одним из условий успеха хирургического лечения перфораций было исключение пищевода из процесса пищеварения. На начальном этапе в клинике активно применяли шейную эзофагостомию, но в связи с недостаточной эффективностью данной методики в настоящее время от ее выполнения мы отказались. С 2010 г. для лечения стриктур, перфораций, пищеводных свищей начали применять металлические (нитиновые) саморасширяющиеся стенты с покрытием. Данную методику применили у 4 пациентов с перфорациями грудного отдела пищевода. Применение саморасширяющихся нитиновых стентов с покрытием при перфорации пищевода обеспечило герметизацию пищеводной трубки и возможность раннего кормления пострадавших естественным путем. Установка стента в первые часы от момента перфорации позволила избежать выполнения травматических хирургических вмешательств (торакотомии, медиастинотомии, эзофагостомии, наложения гастростомии и еюностом для питания пациентов). В послеоперационном периоде умерли 2 (16,6 %) пациента. Причиной смерти были тотальный гнойный медиастинит (1), сепсис и прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Выводы:

1. При подозрении на повреждение пищевода показано выполнение алгоритма обследования: полипозиционное рентгенологическое исследование с контрастированием, эндоскопическое обследование с контрастированием и фистулографией, компьютерная томография, МРТ и УЗ-исследование (по показаниям).

2. Оперативное лечение выполняется по срочным показаниям после предоперационной подготовки. При повреждении шейного и верхнегрудного отделов пищевода объем операции включает санацию и активное дренирование околопищеводной клетчатки на шее и верхнего средостения по одной из предложенных методик, интраоперационную трахеостомию.

3. При повреждении грудного и абдоминального отделов пищевода операция выбора — стентирование перфорации пищевода саморасширяющимися покрытыми стентами. По показаниям выполняются торакоскопические и лапароскопические вмешательства, что позволяет миниинвазивно санировать и дренировать средостение и плевральную полость, обеспечить раннее энтеральное питание естественным путем и значительно улучшить результаты лечения.