

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

ОСОБЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА, НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЕГО ШВОВ И АНАСТОМОЗОВ

Брестская областная клиническая больница, Беларусь

Ключевые слова: перфорация пищевода, несостоятельность швов пищевода.

*A. N. Ihnatsiuk, A. S. Karpitski, A. M. Shestuk, G. A. Gurbenko, D. S. Vakulich,
A. A. Bradnitski, A. S. Talatynnik*

FEATURES IN THE TREATMENT OF PERFORATIONS OF THE THORACIC ESOPHAGUS, FAILURE OF SUTURES AND ITS ANASTOMOSES

Brest Regional Clinical Hospital, Belarus

Keywords: perforation of the esophagus, failure of esophageal sutures.

Актуальность. Перфорация пищевода представляет собой угрожающее жизни состояние. Возникновение гнойно-некротических процессов в клетчатке средостения, окружающего пищевод, быстро ведет к медиастиниту и впоследствии к сепсису. У 54 % пациентов локализацией перфорации пищевода является грудной отдел [1]. В результате метаанализа 75 исследований выявлено, что уровень летальности при перфорации остается высоким и зависит от времени хирургического вмешательства: до 24 часов — 11,9 %, после — 20,3 %, независимо от применяемой стратегии лечения [2]. В настоящее время средняя летальность составляет 13,3 %, что связано с трудностями диагностики и тяжестью развиваемых осложнений [3]. Однако, некоторые авторы отмечают, что при более поздних обращениях пациентов летальность может достигать 28,8–50 % [4]. Кроме того, нерешенным вопросом является и несостоятельность швов пищевода, развитие которой наблюдается у 38–40 % пациентов после первичного ушивания спонтанных разрывов пищевода [5]. Так, при ушивании перфораций пищевода в сроки до 24 часов несостоятельность швов развивается у 11 % пациентов и значительно возрастает в условиях гнойного медиастинита, сепсиса, достигая при поздних сроках лечения 28,8–40 %.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с перфорацией и несостоятельностью швов грудного отдела пищевода.

Материалы и методы исследования. На базе отделения торакальной хирургии УЗ «Брестская областная клиническая больница» в течение 22 лет пролечено 60 пациентов с перфорацией пищевода. Медиана времени от начала манифестации симптомов до операции составила 24 часа. При этом некорректный диагноз при первичном обращении пациента был выставлен в 38,34 % случаев. Пациенты с перфорацией пищевода разделены на две

группы: первая (сравнения) — 21 пациент с традиционными методами лечения, вторая (исследования) — 39 пациентов с формированием пищеводно-плевро-кожного свища. В группе сравнения выполнялись следующие оперативные вмешательства: экстирпация пищевода с наложением концевой гастростомы и эзофагостомы либо экстирпация с одномоментной пластикой пищевода, ушивание перфорации с выключением (наложение гастростомы и эзофагостомы) либо без выключения пищевода, дренирование (без прицельного подведения к месту перфорации).

За 22 года с несостоятельностью швов пищевода (НШП) и его анастомозов пролечено 20 пациентов. После хирургического вмешательства НШП развивалась через 170 ± 61 часов. При развитии НШП 9 (45 %) пациентам применены традиционные методы лечения, направленные на разобщение анастомоза, экстирпацию пищевода с наложением эзофагостомы и гастростомы (еюностомы). Остальным 11 (55 %) пациентам с НШП применен метод лечения, направленный на формирование пищеводно-плевро-кожного свища.

В группе исследования при формировании пищеводно-плевро-кожного свища (как при перфорации грудного отдела пищевода, так и при несостоятельности швов пищевода и его анастомозов) устанавливалась разборная Т-образная дренажная система (пат. ВУ № 20324: Дренажная система для хирургического лечения спонтанного разрыва наддиафрагмального отдела пищевода и способ ее установки) либо производилась фиксация дренажа у места перфорации пищевода, либо несостоятельности швов пищевода (инструкция по применению МЗ РБ № 013-0223: Метод фиксации дренажа в плевральной полости при формировании пищеводно-плевро-кожного свища). Метод фиксации дренажа у места перфорации применялся преимущественно при отсутствии возможности постановки Т-образной разборной дренажной системы: малый размер перфорации, предполагаемое место перфорации пищевода не визуализируется во время видеоторакоскопии, но было подтверждено методами исследования.

Результаты. Медиана времени начала оказания помощи от манифестации клинических проявлений в группе с перфорацией грудного отдела пищевода с традиционным лечением составила 9 часов, а корректность первичного диагноза с заключительным совпала в данной группе в 80,1 % случаев. В группе с формированием пищеводно-плевро-кожного свища было уже 51,28 % случаев корректного первичного диагноза, а медиана времени до оказания хирургического лечения была более высокой и составила 27 часов. Продолжительность госпитализации после традиционных хирургических вмешательств была 27,5 дней, при формировании пищеводно-плевро-кожного свища — 31 день. Традиционные хирургические вмешательства сопровождалась летальностью 14,3 % (3 пациента), после формирования пищеводно-плевро-кожного свища — 12,8 % (5 пациентов). При наличии гнойных процессов в зоне перфорации даже в ранние сроки (до 24 часов) вынудило при-

бегнуть к формированию пищеводно-плевро-кожного свища по причине возникающего высокого риска несостоятельности швов пищевода.

При несостоятельности швов пищевода грудного отдела пищевода и его анастомозов продолжительность госпитализации после операции с традиционными вмешательствами в первой группе медиана составила 27 дней; с методом формирования свища — 33 дня. Стоит отметить, что в первой группе с традиционными вмешательствами при несостоятельности швов грудного отдела пищевода и его анастомозов с выздоровлением выписано 2 пациента (22,23 %), а во второй группе с формированием пищеводно-плевро-кожного свища выписаны все 11 пациентов (100 %).

Послеоперационный период сопровождался нахождением дренажей на непрерывной вакуумной аспирации с отрицательным давлением от 120 до 150 мм рт. ст. По мере формирования «контролируемого» свища производилось размыкание Т-образной дренажной системы и его тракция либо удаление фиксирующего элемента (лигатуры) с последующей тракцией.

Формирование «контролируемого» пищеводно-плевро-кожного свища предложенными методами лечения может применяться на различных уровнях как при перфорации грудного отдела пищевода, так и при несостоятельности швов грудного отдела пищевода и его анастомозов. В результате предложенной тактики лечения быстро купировались системные воспалительные явления, компенсируя тем самым тяжелое состояние пациентов.

Выводы:

1. Разработанные минимально инвазивные методы сохраняют пищевод и избавляют от необходимости в дальнейшем его восстановления.
2. Применение новых методов лечения снизило летальность с 14,3 % до 12,8 %.
3. Разработанные методы хирургических вмешательств снижают травматичность операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kassem, M. M. Esophageal perforation and tears / M. M. Kassem, J. M. Wallen // StatPearls. – URL: <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/21341> (date of access: 10.11.2023).
2. Current treatment and outcome of esophageal perforations in adults: systematic review and meta-analysis of 75 studies / F. Biancari [et al.] // World J. Surgery. – 2013. – Vol. 37, № 5. – P. 1051–1059.
3. Epidemiology, diagnosis, and management of esophageal perforations: systematic review / E. I. K. Sdralis [et al.] // Dis. Esophagus Off. J. Int. Soc. Dis. Esophagus. – 2017. – Vol. 30, № 8. – P. 1–6.
4. Повреждения пищевода, способы лечения и их результаты / С. Ю. Пушкин [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2022. – Т. 15, № S1. – С. 48–55.
5. Кубачев, К. Г. Инновационные методы диагностики и лечения больных с синдромом Бурхава и его осложнениями / К. Г. Кубачев, Б. С. Апэрече, Ш. М. Бабаев // Скорая мед. помощь. – 2020. – Т. 21, № 4. – С. 48–53.