

Диагностика и лечение трахеопищеводных свищей

Абрамова Светлана Михайловна

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) – доктор медицинских наук, профессор Татур Анатолий Антонович, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение

Увеличение частоты постинтубационных трахеопищеводных фистул привело к росту числа пациентов со свищами больших размеров. При сформированных свищах консервативное лечение неэффективно и сопровождается высокими показателями стойкой утраты трудоспособности и летальности. В связи с этим необходимо совершенствовать методы радикального хирургического лечения с использованием васкуляризированных лоскутов аутоотканей.

Цель исследования

Проанализировать результаты хирургического лечения трахеопищеводных свищей и их закрытия в зависимости от способа трахеопластики.

Материалы и методы

32 пациента с 1994 по 2015 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе 10-й ГКБ г. Минска с трахеопищеводными свищами. Мужчин – 20 (62,5%), средний возраст – 38 лет; женщин – 12 (37,5%), средний возраст – 41 год. 30 (93,75%) пациентов трудоспособного возраста.

Результаты

1. Увеличилось количество больших и гигантских свищей. 2. Основная причина развития трахеопищеводных свищей – длительная интубация трахеи. Длительность интубации составила от 7 до 45 дней, свищи развивались в среднем на 19-20 день интубации. 3. Основная локализация свищей – мембранозная часть шейного отдела трахеи. 4. Радикальное разобщение ТПС заключалось либо в открытом пересечении свищеводного канала и ушивании дефектов ручным швом, либо в закрытом степлерном прошивании стенок свищеводного канала по краям трахеи и пищевода и их пересечении с оставлением избытка тканей пищевода на стенке трахеи. 5. Несостоятельность трахеальных швов, укрепленных тимическим лоскутом, встречалась реже, чем при пластике кивательной мышцей. При использовании для изоляции линии швов мышц умерло трое пациентов. У одного вследствие несостоятельности швов пищевода и трахеи развился медиастинит и профузное аррозионное кровотечение из плечеголового ствола, а после его лигирования – из дуги аорты. Второй пациент умер от острой сердечной недостаточности, третий – от двусторонней пневмонии.

Выводы

Наблюдается стойкое увеличение количества пациентов с трахеопищеводными свищами ятрогенной этиологии. Получены хорошие отдаленные результаты при одномоментном радикальном разобщении свища с использованием современных сшивающих аппаратов и изоляции линии швов трахеи васкуляризированным тимическим лоскутом по разработанной в клинике методике.