

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

ПОГОДИНА А.Н.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

allapogodina@mail.ru

Проникающие повреждения пищевода относятся к тяжелым видам травмы внутренних органов, сопровождаются быстрым развитием гнойных осложнений и высокой летальностью.

За период с 1981 по 2017 г. в отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 1698 пациентов с проникающими повреждениями пищевода. Причинами травмы пищевода были инструментальные разрывы (526), перфорации инородными телами (527), спонтанные и гидравлические разрывы пищевода (184), ранения (282), интраоперационные повреждения пищевода (42). У 137 больных были пищеводно-респираторные свищи.

Ранения пищевода, инструментальные, гидравлические и спонтанные его разрывы, интраоперационные повреждения пищевода, пищеводно-респираторные свищи и связанные с ними гнойные осложнения явились показаниями к оперативному лечению, для которого применены доступы: цервикотомия, чресшейный, трансторакальный, чрезбрюшинный, абдоминоцервикальный.

Важнейшими этапами хирургического явились выбор доступа, объема вмешательства, устранение сочетанной патологии органов брюшной полости, адекватное дренирование средостения и плевральных полостей, обеспечение энтерального питания.

Хирургическое лечение заключалось в дренировании зоны повреждения, околопищеводной клетчатки, средостения, плевральных полостей, вмешательстве на поврежденном пищеводе. Основным видом органосохраняющих операций при разрывах, ранениях, перфорациях пищевода было ушивание его дефектов. С целью повышения надежности швов использовали аутоотканы: порцию грудинноключичнососцевидной мышцы — по Попову, стенку желудка, сальник, мышечно-надкостничный трансплантат, широчайшую мышцу спины, большую грудную мышцу.

При перфорациях и разрывах нижнегрудного отдела пищевода и трахеопищеводных свищах с целью предотвращения заброса желудочного содержимого производили фундопликацию.

Показанием к резекции пищевода были: разрыв патологически измененного пищевода, спонтанные и гидравлические разрывы с некротическим эзофагитом, множественные разрывы грудного отдела пищевода. Опыт лечения больных с повреждениями пищевода показал, что несмотря на наличие гнойного процесса в околопищеводной клетчатке и стенке пищевода, лучшие результаты достигнуты при закрытии дефектов пищевода с использованием аутоотканей. При перфорациях и разрывах нижнегрудного отдела пищевода лучшие результаты обеспечивает ушивание дефекта стенки пищевода с фундопликацией и фундорафией.

Формирование манжеты из дна желудка повышает надежность швов пищевода, предотвращает желудочно-пищеводный рефлюкс и обеспечивает возможность энтерального питания через гастростому.

Резекция грудного отдела пищевода показана при множественных дефектах пищевода, некротических изменениях его стенок, наличии патологически измененного пищевода. Для выполнения резекции пищевода менее травматичным является абдоминоцервикальный доступ. Использование пряди сальника на сосудистой ножке путем перемещения в ложе удаленного пищевода обеспечило надежную изоляцию средостения от плевральных полостей. Кроме того, абдоминоцервикальный доступ позволил выполнить в полном объеме вмешательства при наличии сочетанной патологии желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, которые послужили фоном или причиной возникновения разрыва пищевода у 35% больных.

Анализ результатов лечения больных с проникающими повреждениями пищевода показал, что применение усовершенствованных хирургических методов, внедрение комплекса методов интенсивной антибактериальной, детоксикационной, иммунной терапии обеспечило снижение летальности до 12%.

ПРИМЕНЕНИЕ ТОРАКОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

ПОДДУБНЫЙ В.В., ЖЕСТКОВ К.Г.

Кафедра торакальной хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

oncolog@inbox.ru

Ранения диафрагмы, по различным литературным данным, встречаются у 15–45% пострадавших с проникающими ранениями груди (ПРГ). Торакоабдоминальные ранения (ТАР), выявляют в среднем в 19,1% наблюдений. При отсутствии явных признаков повреждения органов брюшной полости, дооперационная диагностика ТАР сложна. Применение традиционных методов, таких как диагностический перитонеальный лаваж, лапаротомия, являются либо малоинформативными, либо излишне травматичными.

Мы располагаем опытом применения видеоторакоскопии (ВТС) в лечении 46 пострадавших с ПРГ. Ранения диафрагмы выявлены у 12 (26,1%) пациентов. ТАР диагностированы у 9 (19,6%) из них: левосторонние — у 5, правосторонние — у 4 пациентов. Решение о применении ВТС как первого этапа хирургического вмешательства при подозрении на правостороннее торакоабдоминальное ранение принималось по совокупности данных дооперационного обследования. Если результаты ультразвукового исследования брюшной полости, компьютерной томографии брюшной полости и трансдиафрагмальной ревизии исключали сквозное или глубокое ранение печени, требующее лапаротомии, то лапаротомию не выполняли. Рану печени коагулировали, дефект диафрагмы ушивали с применением эндохирургической техники, устраняли другие поврежде-