

Все пациенты были оперированы после проведения кратковременной предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения. У всех троих выполнено вскрытие и дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи, двухсторонняя чресшейная медиастинотомия по В.И. Разумовскому. У двоих гнойный процесс локализовался в верхнем заднем средостении, у одного медиастинит был тотальным. Микрофлора из раны высеяна у 2: альфа гемолитический стрептококк; золотистый стафилококк. В послеоперационном периоде, наряду с традиционными методами лечения, у данной группы пациентов применялась непрямая электрохимическая детоксикация организма путем внутривенных инфузий 0,06% раствора гипохлорита натрия в дозировке 1/6 ОЦК на один сеанс. Обычно проводилось 2–3 сеанса за все время пребывания в блоке реанимации и интенсивной терапии. Выздоровели двое. Сроки нахождения их в стационаре 27 и 20 койко-дней. Умер один пациент на 10 сутки в связи с прогрессированием медиастинита с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности.

Выводы. Таким образом, острый гнойный тиреоидит представляет собой редкое тяжелое заболевание, характеризующееся развитием гнойно-воспалительного процесса в клетчаточных пространствах шеи, при прогрессировании – в средостении. Благоприятный исход заболевания зависит от своевременной диагностики и адекватно проведенного оперативного лечения. Для ранней диагностики необходимо учитывать данные анамнеза, клиники заболевания, применять современные методы диагностики – УЗИ щитовидной железы, мягких тканей шеи, КТ органов грудной клетки, лабораторные данные. Хирургическое лечение основано на своевременном вскрытии и дренировании первичного очага инфекции, при распространении на средостение использование экстраплевральных методов дренирования средостения. В послеоперационном периоде, наряду с традиционными методами лечения, необходимо использовать экстракорпоральные методы детоксикации, ГБО.

## ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПИЩЕВОДА

*СТУПАЧЕНКО О.Н., ГРИНЦОВ А.Г., ШАТАЛОВ А.Д.,  
ХАДЖИЕВ О.Ч., ШЕСТОПАЛОВА А.Д.*

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк  
sbsb91@mail.ru*

Повреждения пищевода возникают вследствие травмы инородным телом, инструментами, при ранениях огнестрельным и холодным оружием, результатом закрытой травмы и внезапного повышения внутрипищеводного давления.

Материалы и методы исследования. 37 больных с проникающими повреждениями пищевода в возрасте от 18 до 79 лет на протяжении последних 20 лет. М 23 (77,7%), Ж – 14 (22,3%).

Результаты и их обсуждение. Инструментальные разрывы были у 22 (51,9%) больных. Среди них травма эзо-

фагоскопом при попытках извлечения инородных тел у 12 больных, фиброэзофагоскопом – 1, при спонтанном разрыве – 3, при интубации трахеи – 5, желудочным зондом – 1. Особенностью инструментальных разрывов пищевода были большие размеры дефекта стенки пищевода, как правило, с образованием ложного хода, а при повреждениях пищевода во время интубации трахеи – поздние сроки поступления в клинику (более 4 суток с момента травмы). Повреждения пищевода инородным телом у 12 (18,5%) больных наблюдалось как при непосредственной перфорации его стенок, так и вследствие образования пролежней с некрозом стенки пищевода. Спонтанные разрывы пищевода у 3 (16,7%) человек отличались возникновением больших дефектов стенки пищевода (до 8 см) с одновременным повреждением медиастинальной плевры, что приводило к быстрому возникновению эмпиемы плевры.

Характерным для разрывов пищевода явилось быстрое возникновение гнойного воспаления в околопищеводной клетчатке шеи и средостения. Наиболее массивные повреждения клетчатки средостения и медиастинальной плевры наблюдались при инструментальных и спонтанных разрывах пищевода.

Диагностику проникающих повреждений пищевода осуществляли комплексом рентгенэндоскопических методов исследования. Рентгенологическое полипозиционное исследование грудной клетки сочетали с контрастированием пищевода для локализации дефекта его стенки. Уточнение локализации разрыва, выразительности воспалительных изменений слизистой пищевода выполнялись ригидной эзофагоскопией под общим обезболиванием с последующим проведением назогастрального зонда через тубус эндоскопа.

Оперировано 32 (92,6%) больных. Задачами хирургического лечения проникающих повреждений пищевода явились вскрытие и дренирование зон повреждений, вмешательства на поврежденном пищеводе. В решении этих задач важное значение имеет выбор рационального хирургического доступа. Шейный доступ использован у 10 (30%) больных при перфорации шейного отдела пищевода. Чрезбрюшинный доступ применен у 3 (6%) больных с разрывом нижнегрудного отдела пищевода. Он, по нашему мнению, менее эффективен, чем чрезплевральный, использованный у 19 (64%) пациентов при повреждениях грудного отдела пищевода. В последнее время мы отдаем предпочтение боковому доступу с сохранением широчайшей мышцы спины. Этот доступ менее травматичен, чем задний, позволяет сделать ревизию всех зон средостения и оптимально дренировать их. Чрезпищеводное дренирование проведено у 1 (1,8%) больного с перфорацией шейного отдела пищевода. У 2 (5,9%) больных, госпитализированных в клинику в инкурабельном состоянии в поздние сроки, выполнено дренирование плевральной полости с проведением назогастрального зонда.

Оперативное вмешательство с ушиванием дефекта пищевода проводилось у 7 больных. У 7, поступивших в клинику позже 12 часов с момента травмы, имела место несостоятельность швов. Наши наблюдения свидетель-

ствуют о нецелесообразности ушивания дефекта пищевода, если с момента повреждения прошло более 6 часов, в связи с развитием в клетчатке средостения к этому времени гнойно-флегмонозного воспаления.

**Заключение.** Результаты лечения проникающих повреждений пищевода зависели от своевременной диагностики, госпитализации больных в специализированное отделение, активной хирургической тактики. Основным фактором в лечении данной патологии является адекватное дренирование зон повреждений, активная постоянная перфузия и аспирация растворов антисептиков на фоне патогенетической терапии. Для энтерального питания целесообразно использовать термолабильный назогастральный зонд.

### ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ БРОНХОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

**ШТЕЙНЕР М.Л., БИКАГИРОВ Ю.И., КОРЫМАСОВ Е.А., КРИВОЩЁКОВ Е.П., ЖЕСТКОВ А.В., КИБАРДИН А.Ю.**

*Самарский государственный медицинский университет, Самара  
iishte@yandex.ru*

**Актуальность.** Наличие у пациента трахеостомической канюли (ТК) предполагает повышенные требования к туалету трахеобронхиального дерева. ТК, являясь инородным телом, оказывает постоянное травмирующее влияние на слизистую оболочку трахеи, вызывая мацерацию последней с нарушением функционирования мерцательного эпителия. Это предрасполагает к стазированию и инфицированию бронхиального секрета на фоне быстрого ухудшения реологических свойств последнего. В этой ситуации бронхологическое пособие с его потенциальными возможностями быстрой эвакуации бронхиального секрета является безальтернативным.

Вместе с тем, проведение бронхоскопии пациентам с трахеостомой имеет свои заведомо слабые места, по сравнению с бронхологическим пособием пациентам без установленных через трахеостомическое отверстие ТК.

Наличие установленной ТК практически сводит на нет любой вариант неинвазивной респираторной поддержки бронхоскопии. А респираторная протекция бронхоскопии абсолютно необходима при проведении бронхоскопии пациентам с исходной дыхательной недостаточностью.

Другим негативным моментом является объективное наличие «слепой» зоны, недоступной для эндотрахеального осмотра. Это область подманжеточного пространства трахеостомической канюли. Помимо скопления здесь бронхиального секрета, именно здесь развиваются деструкция

мерцательного эпителия, отёк мягких тканей из-за постоянного механического давления канюли на трахею, микроабсцессы, эрозирование и некроз слизистой оболочки, перихондрит и хондрит полуколец трахеи. В результате состояние стенки трахеи не оценивается. А именно наличие трахеостомы является одним из факторов трахеальных стенозов.

Поэтому целью изобретения явилась попытка решения наиболее острых проблем, возникающих при проведении бронхоскопии пациентам с трахеостомой.

**Материалы и методы.** Изучена эффективность предлагаемой методики бронхологического пособия канюленосителям по результатам 68 исследований пациентам, находящимся в отделении реанимации Самарского городского пульмонологического центра.

**Результаты.** Авторами предложена собственная методика бронхологического пособия трахеостомированных пациентов, состоящая из нескольких этапов.

1. На первом этапе пациенту осуществляется подключение одного из методов неинвазивной респираторной протекции бронхоскопии, что позволяет инициировать накопление кислородных резервов организма и повышает безопасность бронхологического пособия в целом.

2. На втором этапе удаляется ТК.

3. На третьем этапе выполняется бронхоскопия через трахеостомическое отверстие. Осуществление второго и третьего этапов позволяет оценивать состояние слизистой трахеи в области подманжеточного пространства ТК, являющейся наиболее опасным местом в плане формирования пролежневого процесса, а также удалять скапливающийся здесь бронхиальный секрет.

4. На четвёртом этапе осуществляется ретроградная трахеоларингоскопия, позволяющая оценить состояние верхней трети трахеи и подскладочное пространство гортани.

5. На пятом этапе вновь устанавливается ТК в трахеостомическое отверстие.

6. На шестом этапе отключается используемый вариант респираторной протекции бронхоскопии.

Во всех 68 случаях проведения бронхоскопии (100%) удалось избежать постбронхоскопического респираторного угнетения, а также проводить своевременную и эффективную санацию подманжеточного пространства трахеи.

**Выводы.** Предлагаемая методика позволила повысить эффективность и безопасность бронхоскопии у трахеостомированных пациентов за счёт полноценного использования респираторной протекции бронхоскопии и нивелирования проблем, связанных со «слепой» зоной для эндотрахеального осмотра.