

отделов поджелудочной железы. Всего оперировано 103 (43,3%) пациента. Показаниями для открытой операции у 11 (4,6%) пациентов послужили осложнения ПН (профузное кровотечение, перфорация полого органа в свободную брюшную полость, некроз кишечника, острая кишечная непроходимость) на этапах минимально инвазивного лечения. Средний койко-день составил 42+7 дня. Всего умерло 35 пациентов (14,7%), после операции – 26 (25,2%).

Заключение. Больше половины пациентов с ПН доступны успешному лечению без чрескожного дренирования забрюшинных асептических жидкостных скоплений. Хирургическими методами у таких пациентов было чрескожное дренирование брюшной полости для эвакуации свободной жидкости или вмешательства на большом дуоденальном сосочке. При инфицировании некрозов и жидкостных скоплений чрескожный доступ под контролем УЗ и рентгеноскопии позволяет в два этапа обеспечить доступ для адекватного дренирования и эндоскопической секвестрэктомии. Таким образом, минимально инвазивная хирургия под интраскопическим контролем является эффективным методом лечения больных панкреонекрозом.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПИЩЕВОДА

ПОГОДИНА А.Н., НИКОЛАЕВА Е.Б., ПЕРЬКОВА И.И.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
allapogodina@mail.ru

Актуальность. Остро возникшая непроходимость пищевода является довольно часто встречающейся и опасной для жизни патологией, требующей неотложной помощи.

Материал. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 1992 по 2017 гг. находились на лечении в отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии 1207 больных с остро возникшей непроходимостью пищевода и ее осложнениями. Мужчин было 682, женщин – 525 в возрасте от 14 до 92 лет.

Методы исследования: клинический, рентгенологический, эндоскопический, компьютернотомографический, лабораторный, морфологический.

Полученные результаты. Острое нарушение проходимости пищевода в подавляющем большинстве случаев возникло вследствие обтурации пищевода (1183). Причиной остро возникшей непроходимости пищевода у 11 больных была ущемленная параэзофагеальная грыжа; у 9 – спонтанная гематома пищевода, у 4 – аневризма аорты со сдавлением просвета пищевода. Обтурация неизмененного пищевода была в 558 наблюдениях, у 625 пациентов диагностированы различные заболевания: постожоговые рубцовые сужения пищевода, пептические стриктуры, нейромышечные заболевания пищевода, опухоли и дивертикулы.

При попытке самолечения для устранения обтурации у 29 пациентов возник гидравлический разрыв пищевода, у 4 – самотравма металлическим предметом (черенком ложки), в 20 наблюдениях при оказании медицинской помощи произошел инструментальный разрыв пищевода. Все больные были оперированы, им произведены: резекция пищевода (17), ушивание разрыва (18), дренирующие операции (18).

При локализации инородного тела в средне- и нижнегрудном отделах пищевода проводилась инфузионная, спазмолитическая, ферментативная терапия. Обтурация разрешилась в 1088 случаях.

При неэффективности консервативной терапии проводилось эндоскопическое удаление или низведение инородного тела в желудок.

Эндоскопическое устранение обтурации предпринято у 95 больных. Показаниями к экстренному эндоскопическому устранению обтурации были: нарушение дыхания (обтурация глотки и шейного отдела пищевода) и твердые инородные тела (47 больных). У 42 пациентов неэффективность консервативной терапии потребовала эндоскопического вмешательства через 6–10 часов.

Показанием к экстренному хирургическому вмешательству явилось наличие ущемленной параэзофагеальной грыжи у 11 больных. Основным видом вмешательства явилась лапаротомия, диафрагмотомия, низведение желудка в брюшную полость, фундопликация (8 наблюдений). У 3 пациентов выявлен некроз желудка (у 1 – в сочетании с некрозом участка толстой кишки). Им произведены: резекция дна желудка (2), гастрэктомия с резекцией ободочной кишки (1 пациентка – с летальным исходом).

У 4 пациентов причиной непроходимости пищевода явилась аневризма аорты. Смерть 1 больного наступила на операционном столе от профузного кровотечения из обширного дефекта аорты. Одной пациентке кардиохирургами произведена резекция аневризмы аорты. Образовавшийся аорто-пищеводный свищ и медиастинит явились причиной смерти в отсроченном периоде. Двум больным произведено стентирование аорты с последующей резекцией пищевода и тампонированием средостения прядью сальника на сосудистой ножке.

Выводы. Остро возникшая непроходимость пищевода является опасной патологией с возможным развитием жизнеугрожающих осложнений и требует от врача знания диагностики и своевременного адекватного лечения. Применение комплексного исследования, включая рентгенологический, компьютернотомографический, эндоскопический, позволяет установить причину и характер острой непроходимости пищевода, а также возникших осложнений с целью проведения адекватного лечения.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

ПОПОВА И. Е., ВЛАДИМИРОВА Е. С., ТАРАБРИН Е. А., ШАРИФУЛЛИН Ф. А.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
pikri125@mail.ru

Введение. Тяжесть состояния пострадавших с сочетанной травмой груди, трудность их обследования, необходимость в срочных лечебных мероприятиях постоянно требуют совершенствования методов экстренной диагностики.