

С. Ф. Кошак, О. В. Беляк, О. С. Петришин, А. Жехонек ПРОНИКАЮЧІ ПОШКОДЖЕННЯ СТРАВОХОДУ: ДІАГНОСТИКА, ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр
Дольношльонський центр легеневих хвороб, Вроцлав, Польща

Діагностика та лікування проникаючих пошкоджень стравоходу (ППС) залишається актуальною та складною проблемою невідкладної хірургії [1–5]. Сьогодні стандартом в діагностиці пошкоджень стравоходу є інструментальні методи діагностики, комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуванням межистиння, але частіше першим позитивним методом підтвердження перфорації — фарбування метиленовим синім дренажа плевральної порожнини. Спонтанний розрив стравоходу (СРС) — рідкісне захворювання, вперше описане Herman Boerhaave у 1724 році [4]. Відома клінічна триада синдрому: посилена рвота, біль в грудях та підшкірна емфізема [10]. Успішне лікування СРС (вшивання дефекту стравоходу з лівобічної торакотомії) першим описав Е.А. Graham у 1944 році [4]. За даними літератури більшість авторів рекомендують ушивання стравоходу через торакотомію, укріплювати шви пасмом плеври або діафрагми на судинній ніжці, а деякі — через лапаротомію з фундоплікацією [1–9]. При ранній діагностиці ППС перспективними є ендоскопічні методи лікування: стентування зони пошкодження та кліпування [7,8,9]. Смертність при ППС залишається високою: 14–38 % [1–9].

Матеріали та методи

З 1980 по 2015 роки в торакальних відділеннях Львівської обласної клінічної лікарні, Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру та Дольношльонського центру легеневих хвороб (Республіка Польща) лікувалось 51 хворих з проникаючими пошкодженнями стравоходу різного генезу. Проводились клініко-лабораторні, рентгенологічні, комп'ютерно-томографічні (КТ), сонографічні, ендоскопічні та бактеріологічні методи обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення

З 51 пацієнтів з ППС чоловіків було 33 (64,71 %), жінок — 18 (35,29 %), віком від 3 до 75 років. Найбільш частою причиною перфорацій стравоходу було його інструментальне пошкодження — 20 (39,22 %): у 13 випадків після бужування рубцево зміненої стінки та у 7 — фіброезофагоскопії. Спонтанний розрив стравоходу спостерігали у 14 (27,45 %). Перфорацію стравоходу від сторонніх тіл відмічено у 8 (15,69 %), травми різного генезу — у 4, недостатність швів після операцій на стравоході — у 4, перфорацію пухлини стравоходу — у 1. Дефект в стравоході локалізувався в шийному відділі у 5 пацієнтів, в грудному — у 42 (82,35 %) та в абдомінальному — у 4. Спостерігали клініку медіастиніту, коли вогни-

ще запалення виникало безпосередньо в задньому межистинні. Біль, як основна скарга, виникав зразу або через кілька годин після травми і мав різну іррадіацію в залежності від рівня пошкодження стравоходу: шийного відділу — в потилицю (у 4 хворих), грудного — в міжлопаткову ділянку (у 37), а нижньогрудного і внутрічеревного — в епігастральну (у 4). Болі, що характерно, посилювались при ковтанні і часто при будь-якому русі тіла. Відмічали осиплість голосу (34 спостереження), інфільтрацію м'яких тканин на шиї (3), підшкірну емфізему надключичних ділянок (21), пневмоторакс (13), напруження м'язів передньої черевної стінки (2). Через 2–6 годин після перфорації стравоходу спостерігали ознаки інтоксикації.

З 10 хворих із СРС чоловіків було 13, жінок — 1, віком 32–59 років, які переведені в клініку з інших стаціонарів міста та області. Синдром діагностовано до 24 годин у 1, після 24 годин — у 7, після 48 годин — у 4, після 72 годин — 1, після 96 годин — 1, після 120 годин — 1. Клінічно у всіх пацієнтів в анамнезі відмічена багаторазова блювота, болі в грудній клітці спостерігали у 8, у верхніх відділах живота — 2 випадках. У 7 пацієнтів сильні болі локалізувалися в ділянці серця, які були підставою госпіталізації у кардіологічні відділення з підозрою на інфаркт міокарда. В анамнезі у 10 пацієнтів відмічено побутове пияцтво. Рентгенологічно виявлено: пневмогідроторакс (зліва) — у 9, гідроторакс — у 6 (двобічний — у 2), пневмомедіастинум — у 4, розширення тіні межистиння — у 3 випадках. Класична триада синдрому СРС відмічена в одному спостереженні.

У всіх пацієнтів з ППС рентгенологічно виявлено контрастування межистиння поза межами стравоходу. Норицю в ліву плевральну порожнину з розвитком емпієми діагностовано у 23, в праву — у 15 пацієнтів. Двобічну емпієму плеври спостерігали у 6 випадках. Бокова шийна медіастинотомія виконана у 5 пацієнтів, в тому числі з дрениванням плевральної порожнини — у 5; транسخіатальна медіастинотомія за Савіних — Розановим — у 5; за Насіловим — у 2; торакотомія, медіастинотомія — у 23; дренивання плевральної порожнини — у 15. Під час торакотомії проводили широку медіастинотомію та видалення некротизованої клітковини. У 10 наших пацієнтів ушивався дефект стравоходу, але в усіх відмічено недостатність швів. В одного хворого з флегмоною стравоходу після розриву стисненим повітрям та опіку (вибух солярки) виконано його екстирпацію з шийною езофагостомією. Проточне постійне або фракційне зрошення антисептиками гнійної порожнини в межистинні проводили за методом Каншина. Всім хворим проводили комплексну інтенсивну терапію. Харчування

проводили через назогастральний зонд (14 спостережень) та гастростому (37 пацієнтів).

Подвійну гастростому виконано 4 хворим: одна трубка до дна шлунка, друга — в початковий відділ тонкої кишки. Один пацієнт із СРС до поступлення у відділення оперований в іншому хірургічному стаціонарі з підозрою на перфоративну виразку шлунка, якому виконана діагностична лапаротомія. У однієї пацієнтки із СРС через 8 днів від моменту поступлення і після гастростомії діагностовано перфоративну виразку дванадцятипалої кишки і проведено релапаротомію та її вшивання. У одного пацієнта із СРС діагностовано та розкрито флегмону грудної стінки зліва, а в іншого — виявлено вогнищевий туберкульоз правої легені. Після лікування померло 18 (35,29 %) пацієнтів (таблиця).

Таблиця.

Причини смерті хворих з ППС

Синдром поліорганної недостатності (СПОН)	11
— емпієма плеври	2
— гнійний перикардит	5
— двобічна абсцедуюча пневмонія	2
— сепсис	2
Токсичний шок	1
Ерозивна кровотеча в межистінні	2
Шлунково-кишкова кровотеча (ШКК)	1
Важка поєднана травма грудей	2
Перитоніт	1
Всього	18

Висновки

Найбільш частою причиною перфорацій стравоходу було його інструментальне пошкодження — 20 (43,48 %). Достовірними в діагностиці ППС є його рентгенконтрастні дослідження, КТ. Основним методом лікування ППС є раннє невідкладне хірургічне втручання, незалежно від стану пацієнта: оперативні доступи диференційовані від локалізації дефекту в стравоході. Торакотомія, медіастинотомія показані при перфорації грудного відділу стравоходу по можливості з його первинним швом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Погодина А.Н., Бармина Т.Г., Снигирев М.В. Двадцятилетний опыт диагностики и лечения при различных формах гнойного медиастинита // Вест.хирургии. — 2001. — Т.160, № 1. — С.80-85.
2. Высоцкий А.Г., Сухомлин Ю.А., Гульмамедов С.И., Ступаченко Д.О. Результаты лечения проникающих поврежденных пищевода // Пластична та реконструктивна хірургія. — 2007. — Т.8, №2. — С.81 — 83.
3. Макаров А.В., Баріров М.М., Гетьман В.Г. та інші Лікування ушкоджень стравоходу // Клін. Хірургія. — 2002. — №5 — 6. — С.15.
4. Ampollini L, Bobbio A. LTTE//Eur J Cardiothorac Surg. — 2007. — Vol. 31. — P.140.
5. Hill AG, Tiu AT, Martin IG. Boerhaave's syndrome: 10 years experience and review of the literature// ANZ J Surg. — 2003. — Vol.73, №12.- P.1008 — 1010.
6. Hubert- Lang M., Henne-Bruns D., Schmitz B., Wuerl P. Esophageal perforation: principles of diagnosis and surgical management // Surg. Today. — 2006. — Vol.36, №4.- P.332 — 340.
7. Kumar P, Sarkar PK. Late results of primary esophageal repair for spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave's syndrome)// Int.Surg. — 2004.- Vol.89, №1. — P.15 — 20.
8. Schubert D., Pross M., Nestler G., Ptok H., Scheidbach H., Fahlke J., Lippert H.[Endoscopic treatment of mediastinal anastomotic leaks// Zentralbl Chir. — 2006. — Vol.131, № 5. — P.369 — 375.
9. Thermann F., Thermann M., Dralle H. [Therapy and course of disease in spontaneous esophageal perforations]// Zentralbl Chir. — 2006. — Vol.131, № 6.- P.454–459.
10. Y ellin A, Schachter P, Lieberman Y. Spontaneous transmural rupture of esophagus — Boerhaave's syndrome// Acta Chir Scand. — 1989. — Vol.155, №6 -7. — P.337 — 340.