

УДК 616.329-001-089

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

М.А. Можейко¹, Н.И. Батвинков¹, А.А. Сушко², Э.В. Могилевец¹¹- УО «Гродненский медицинский университет», Гродно, Беларусь²- УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

Травмы пищевода являются сложной патологией с достаточно высокой летальностью. В статье изложен практический опыт лечения 23 пациентов с травматическими разрывами пищевода различной этиологии. Впервые при поздних стадиях повреждения пищевода применена его резекция с первичной пластикой с благоприятным исходом.

Ключевые слова: травма пищевода, резекция пищевода, ушивание пищевода, дренирование средостения.

Введение. Травма пищевода является тяжелой патологией, сопровождающаяся быстрым (в течение нескольких часов) развитием воспаления параэзофагеальной клетчатки с последующим гнойным расплавлением клетчатки шеи, средостения или осложняется перитонитом [1].

Летальность при данной патологии удваивается с удвоением времени от момента травмы. Если операция проводится до 6 часов, летальность 12-14,5%; через 12 часов - 24-28%; через сутки - 48-56% [2].

Цель исследования: проанализировать собственные данные и улучшить результаты лечения закрытых травм пищевода.

Материал и методы. Под наблюдением и лечением в торакальном отделении Гродненской областной клинической больницы находились 23 пациента с различным характером травм пищевода. Основными методами обследования пациентов явились сбор анамнеза, общеклинические данные, эзофагоскопия, эзофагография, УЗИ органов грудной и брюшной полости, R-графия органов грудной полости, средостения, компьютерная томография.

Наши собственные наблюдения

№ п/п	Причины травм пищевода	Количество больных	Оперировано	Умерли
1	Инородные тела	10	6	2
2	Синдром Бурхаве	4	3	2
3	Бужирование	4	4	1
4	Зондирование	1	1	-
5	Гидравлический разрыв пищевода	1	1	-
6	Интубация трахеи	1	1	-
7	Кардиодилатация	2	1	-
Итого		23	17	5

По уровню повреждения травма пищевода в шейном отделе диагностирована у 6, в грудном у 13, абдоминальном у 4 пациентов. По характеру повреждения проникающие ранения пищевода через все слои имели место у 17 пациентов, непроникающие у 6.

Клиника травм пищевода

Многообразные клинические проявления повреждения пищевода условно делятся на местные и общие.

К местным симптомам относятся: боль по ходу пищевода, усиливающаяся при глотании, дисфагия, видимая инфильтрация мягких тканей на шее при травме шейного отдела пищевода, подкожная эмфизема, пневмоторакс, эмпиема средостения, гидроторакс, напряжение мышц живота при травме грудного или брюшного отдела пищевода.

К общим симптомам относятся: бледность, цианоз

кожных покровов, одышка, тахикардия, повышенная температура тела до фебрильных цифр.

Клиническая симптоматика зависит от времени с момента повреждения пищевода, уровня и характера повреждения.

При непроникающих повреждениях шейного отдела пищевода вначале симптоматика скудная. Появляются боли в горле, особенно при глотании, усиливающиеся при повороте головы в противоположную сторону повреждения. Пациенты занимают вынужденную позу с неподвижной головой, склоненной в сторону повреждения пищевода. Нередко пациенты данные жалобы связывают с простудными заболеваниями, ангиной, с хроническим фарингитом. Через 2-3 дня присоединяются признаки воспаления околопищеводной клетчатки, сопровождающейся отеком, инфильтрацией в области шеи, покраснением кожи, повышением температуры тела до 38-39 °С.

Приводим наши наблюдения

Пациентка К., 18 лет, случайно проглотила сливовую косточку и отметила боль в шейном отделе пищевода. Обратилась к ЛОР-врачу, который назначил лечение в виде полоскания горла. Через 3 дня у пациентки повысилась температура тела до 38°С, усилились боли в горле, появилась болезненная припухлость в области шеи слева. Пациентка была направлена в областную больницу. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,5°С, тахикардия 104 удара в минуту. В области шеи слева по внутреннему краю левой кивательной мышцы от угла нижней челюсти до ключицы болезненный плотный инфильтрат. При эзофагоскопии в области грушевидного синуса слева имеется эрозированная отечная слизистая. При МРТ-исследовании обнаружены признаки задне-верхнего медиастинита. С диагнозом: тупая травма пищевода, абсцесс околопищеводной клетчатки, задне-верхний медиастинит, пациентка взята на операцию. Произведено вскрытие и дренирование флегмоны шеи. Дренирование по Разумовскому задне-верхнего средостения двухходовым дренажом с постоянным промыванием и активной аспирацией и выведением дренажа в стороне от разреза на шее. В послеоперационном периоде проводилась дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия с постоянным промыванием и активной аспирацией средостения. Состояние пациентки улучшилось, постепенно уменьшилось и прекратилось гнойное отделяемое, рана на шее очистилась, нормализовалась температура тела. На 10-е сутки удалены дренажи. На рану шеи наложен косметический шов и

на 17-е сутки пациентка выписана домой.

Аналогичная пациентка С., 21 год, повредила шейный отдел пищевода острой яблочной створкой. Пациентка доставлена в торакальное отделение через 8 дней после травмы из районной больницы, где проводилась консервативная терапия, однако состояние пациентки не улучшалось, появилась болезненная припухлость на шее, которая постепенно увеличивалась. При переводе поставлен диагноз: повреждение шейного отдела пищевода инородным телом, флегмона шеи слева. Пациентка срочно оперирована. Выполнено вскрытие флегмоны шеи слева с открытым ведением раны. На 2-е сутки после операции у пациентки из раны начала выделяться слюна с формированием пищеводного свища. Для энтерального питания поставлен силиконовый назогастральный зонд. Проводилось местное лечение раны шеи, которая постепенно очищалась. Через 8 дней свищ самостоятельно закрылся. Зонд из желудка удален на 9-е сутки. Пациентка выписана через 22 дня в удовлетворительном состоянии.

При проникающем повреждении грудного отдела пищевода инородными телами или ятрогенных повреждениях с наличием длинного, более 2,5 см, ложного хода, кроме болей по ходу пищевода, быстро присоединяется клиника гнойного медиастинита с болями за грудной, иногда с признаками эмфиземы средостения с последующим развитием эмпиемы плевры.

При ятрогенном повреждении пищевода во время интубации трахеи и присоединении интубационной трубки к дыхательному аппарату мгновенно возникает эмфизема средостения и пневмоторакс.

Приводим наши наблюдения

Пациентка Н., 44 года, во время интубации интубационной трубкой был поврежден пищевод, появилась выраженная подкожная эмфизема и эмфизема средостения. Пациентка переинтубирована, вызвана бригада торакальных хирургов, которая диагностировала разрыв верхней трети пищевода. Во время торакотомии справа выявлен линейный разрыв передней стенки верхней трети пищевода длиной 2-2,5 см на уровне непарной вены. Разрыв пищевода ушит двухрядными узловыми швами с укреплением линии швов медиастинальной плеврой. Пациентка выздоровела с последующим выполнением планируемой операции.

В пожилом и старческом возрасте перфорация пищевода инородными телами может протекать в начальном периоде без выраженных клинических симптомов. Нами наблюдались 4 пациента в возрасте 70-75 лет. Один пациент проглотил зубной протез и у 3-х пациентов травма грудного отдела произошла мясной (2) и рыбьей (1) косточкой. Во время эпизода проглатывания инородных тел у пациентов отмечалась боль по ходу пищевода, усиливающаяся при глотании пищи, в последующем боли уменьшались и через 5-12 суток возникли боли за грудиной, повысилась температура тела до 38-39%, что заставило пациентов обратиться за медицинской помощью. При поступлении в клинику инородные тела были извлечены с помощью фиброскопа. Однако при рентгенологическом и компьютерном исследованиях выявлены клинические симптомы тотальных медиастинитов у 2 с явлениями гнойных плевритов. Всем пациентам произведено дренирование средостения, плевральных полостей с постоянным промыванием и активной аспирацией. 2 пациента умерли, 2 выздоровели.

Редкий случай в нашем наблюдении, когда пациент самостоятельно проволокой повредил пищевод, стремясь протолкнуть мясной завал. Поступил в клинику через 12 часов с момента травмы с клиникой гнойного медиастинита

и левосторонней эмпиемы плевры. Выполнено ушивание ниже-грудного отдела пищевода с дренированием средостения и левого гемиторакса. Пациент выздоровел.

Спонтанный разрыв пищевода в 3-х наблюдениях диагностировали в районных больницах. В одном случае через 3 суток, во втором случае через 12 часов и у третьего пациента через 6 часов. Все пациенты оперированы торакальными хирургами: в 2-х случаях в районной больнице, в одном после перевода в областную больницу. У 2-х пациентов производилось ушивание места разрыва с дренированием плевральной полости и средостения, у одного только дренирование. Питание у 2-х пациентов осуществлялось через гастростому, у одного через постоянный назогастральный зонд. Один пациент погиб, который оперирован через трое суток после разрыва пищевода. Один пациент умер, у которого спонтанный разрыв диагностирован в клинике во время этапа подготовки к операции в результате острой сердечно-легочной недостаточности. Пациент С., 72 лет, прооперирован в клинике по поводу рака нижней доли правого легкого. Выполнена правосторонняя нижняя лобэктомия. После перевода на 2 сутки в торакальное отделение из реанимации пациент выпил около 600 мл газированной воды. Появились резкие боли в грудной клетке слева, выраженная одышка до 35 в минуту с падением давления до 70/40 мм рт.ст. При пункции левого гемиторакса получено около 1 л грязной мутной жидкости. Поставлен диагноз: спонтанный разрыв пищевода. Во время предоперационной подготовки пациент умер от острой легочной-сердечной недостаточности.

При непроникающем ранении, при свежей перфорации инородным телом, а также с инструментальными разрывами, имеющими короткий, до 1-1,5 см, ложный ход, применяется консервативная терапия. Большим назначаются антибиотикотерапия, исключение питания в течение 3-5 суток через рот с постоянным клиническим и рентгенологическим контролем. При наличии признаков абсцедирования окологлоточной клетчатки или средостения показано срочное оперативное лечение, направленное на дренирование гнойного очага [2].

Б.Д. Комаров, Н.Н. Кашин, М.М. Абакумов (1981) показанием к срочному оперативному лечению считают:

1. Закрытые и открытые повреждения пищевода в результате тупой травмы, нанесение резаных, колотых и огнестрельных ран.
2. Большие продольные разрывы любой локализации.
3. Проникающие повреждения инородными телами, находящимися в просвете пищевода более 24 часов.
4. Проникающие инструментальные разрывы с образованием ложного хода более 2 см.
5. Проникающие ранения абдоминального отдела пищевода.
6. Повреждение любого характера в сочетании с повреждением плевры.
7. Повреждения любого характера, осложнившиеся образованием абсцесса или флегмоны окологлоточной клетчатки шеи, или клетчатки средостения.

Основным методом лечения проникающих повреждений пищевода является ушивание места повреждения. Однако при ушивании пищевода отмечается высокий процент несостоятельности швов, что зависит от времени с момента повреждения пищевода, характера и места повреждения. По данным А.С. Карпицкого (2006), В.И. Чиссова (1976), несостоятельность швов после ушивания пищевода развилась у 20-50% прооперированных. Отно-

сительно сроков ушивания повреждений пищевода имеются противоречивые данные. Одни авторы считают, что благоприятный исход может быть при ушивании в течение первых 2-6 часов, другие расширяют этот срок до 12-18 часов, а третьи считают, что ушивание повреждения пищевода показано в любые сроки. При любых сроках ушивания пищевода важное значение имеет адекватное дренирование параэзофагеальной клетчатки и средостения с постоянным промыванием, созданием герметизма этой зоны с активной аспирацией. В наших наблюдениях из 11 случаев ушивания разрыва пищевода несостоятельность шва развивалась у 3 (27%).

Резекция пищевода при его повреждении показана пациентам с раком пищевода или при выраженном его рубцовом изменении, не позднее 10-12 ч после его разрыва. Нами резекция пищевода произведена у двух пациентов.

Приводим наше наблюдение: Пациент Ю., 52 года, поступил 12.11.2012 в одну из клиник г. Гродно с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, рвоту, вначале желудочным содержимым, затем по типу «кофейной гущи». В анамнезе отмечает, что в августе 2012 года производилось ушивание прободной язвы желудка. При поступлении в данную клинику выполнена ФГДС, во время которой в абдоминальном отделе пищевода выявлен линейный дефект слизистой 0,2 x 1,5 см с фиксированным сгустком крови без подтекания свежей крови. На передней стенке луковицы 12-перстной кишки определялась язва 1,5 см в диаметре, покрытая фибрином. Выставлен диагноз: синдром Меллори-Вейса, язвенная болезнь 12-перстной кишки, состоявшееся пищеводное кровотечение. Выполнены общеклинические анализы крови, УЗИ органов брюшной полости. Полученные данные без выраженных отклонений от нормы. Проводилась консервативная противоязвенная, гемостатическая терапия. Состояние больного было удовлетворительным, однако через 6 суток у пациента появились боли в эпигастральной области, повысилась температура тела, которая вначале была субфебрильной, а затем фебрильной. Больному 22.11.2012 произведена рентгенография с сульфатом бария, при которой выявлен затек бария за пределы пищевода. 22.11.2012 выполнена компьютерная рентгенография, при которой обнаружено, что на уровне диафрагмы между ее ножками имеется бесформенный затек контраста, параэзофагеально диаметром до 6 см, распространяющийся в нижнее средостение. Заключение: признаки прободения абдоминального отдела пищевода, нижнего медиастинита. 23.11.2012 пациент переведен в торакальное отделение Гродненской областной клинической больницы. При поступлении состояние больного средней тяжести. Пульс 104 уд. в минуту. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области под мечевидным отростком, температура тела 38,7°C.

Выполнена фиброгастроскопия. В области розетки кардии по заднебоковой стенке слева определяется дефект (перфорация) овальной формы до 0,8 см. Привратник овальный, луковица 12-перстной кишки без особенностей. Заключение: перфорация пищевода, хронический гастрит.

На основании клинических, рентгенологических и эндоскопических исследований выставлен диагноз: разрыв абдоминального отдела пищевода, параэзофагеальный абсцесс, ограниченный нижний медиастинит.

23.11.2012 по срочным показаниям пациент взят в операционную. Произведена торакоскопия, во время которой выявлено, что медиастинальная плевро не изме-

нена. Выполнена лапароскопия, при которой определен плотный инфильтрат в области абдоминального отдела пищевода, в который втянут кардинальный отдел желудка, в связи с чем произведена верхнесрединная лапаротомия, мобилизована левая доля печени после пересечения треугольной связки. При ревизии определяется воспалительный инфильтрат в области пищевода и кардии. Произведено выделение пищевода после мобилизации желудка по малой и большой кривизне в верхней трети. После рассечения брюшины в абдоминальном отделе пищевода вскрылся гнойник, выделилось около 80 мл гноя с остатками бария. При этом по латеральному краю пищевода выявлен дефект стенки пищевода длиной до 2,5 см с воспаленными отечными краями, имеется гнойная полость между ножками диафрагмы, сообщающаяся по ходу пищевода с задним средостением. Ушивание разрывов абдоминального отдела пищевода с различными способами фундопликации, как правило, заканчивается несостоятельностью с гнойными затеками, что приводит к летальным исходам. Учитывая вышеизложенное, решено выполнить, несмотря на гнойный процесс в нижнем средостении, резекцию пищевода. С этой целью произведена левосторонняя торакотомия, диафрагмотомия, мобилизация дна и малой кривизны желудка и верхней трети пищевода до корня легкого. После чего выполнена резекция кардиального отдела и части тела желудка вместе с абдоминальным и наддиафрагмальным отделом пищевода. Наложены циркулярный аппаратный шов по типу конец пищевода в бок желудка. Поверх танталовых скобок вокруг мобильное дно желудка отдельными швами подшито к пищеводу выше анастомоза. Таким образом, сформирован эзофагогастроанастомоз по типу «чернильницы-невывайки». Послойный шов торакотомной и срединной раны. В задненижнее средостение, плевральную полость и поддиафрагмальное пространство слева поставлены силиконовые дренажные трубки. Установлен назогастральный силиконовый зонд, через который на 5 сутки осуществляли питание больного, удален через 12 дней. По дренажной трубке из плевральной полости в течение четырех суток отмечалось умеренное геморрагическое отделяемое до 50-70 мл в сутки, которое затем прекратилось и на пятые сутки дренаж удален. Через дренаж, стоящий в средостении в течение шести суток, выделялось около 25-30 мл гнойной жидкости, проводилось постоянное промывание средостения дезинфицирующими растворами с активной аспирацией. Постепенно количество отделяемого из средостения уменьшалось, и на 14 сутки данный дренаж удален. Выполнена МСКТ грудной клетки с контрастным исследованием пищевода, при котором выхода контраста за пределы анастомоза не выявлено. Жидкостных образований в средостении, поддиафрагмальном пространстве и плевральных полостях не отмечено. Пациент начал питаться больничной пищей, и после удаления назогастрального зонда 28.11.2012 выписан на амбулаторное лечение. Осмотрен через 3 месяца. Жалоб не предъявляет. Пища по пищеводу проходит хорошо, прибавил в весе на 6 кг.

Второй пациент С., 68 лет, с травмой абдоминального отдела пищевода и развитием задне-нижнего медиастинита оперирован по санации в одной из районных больниц. Выполнена проксимальная резекция желудка с благоприятным исходом.

Выводы:

1. Непроницающие травмы пищевода подлежат консервативной терапии с постоянным клиническим и рентгенологическим контролем. При наличии признаков параэзофагеального абсцесса подлежат срочному опе-

ративному лечению.

2. Успех лечения проникающих ранений пищевода зависит от ранней диагностики.

3. Независимо от времени ушивания разрывов пищевода исход заболевания во многом зависит от правильно-го дренирования зоны повреждения пищевода.

4. Лучшим методом дренирования параэзофагеальных абсцессов и флегмон является двухходовой дренаж, выводимый на кожу в стороне от основной раны с налаживанием постоянного орошения с активной аспирацией.

5. При повреждении абдоминального отдела пищевода с переходом на кардиальный отдел желудка даже в условиях гнойного процесса оправданной является резекция пищевода с кардией и наложение гастроэзофагеаль-

ного анастомоза в пределах мобилизованного в средостении здорового пищевода.

Литература:

1. Воробей, А.В. Ятрогенные повреждения пищевода / Воробей А.В., Вижинас Е.И. [и др.] // Актуальные проблемы хирургии. 2012. С. 48-51.
2. Комаров, Б.Д. Повреждения пищевода / Комаров А.В. [и др.]. М., 1981. 175с.
3. Карпицкий, А.С. Метод торакоскопического ведения больных с синдромом Бурхаве / А.С. Карпицкий [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2006. - №1. С. 66-69.
4. Чиссов, В.И. Ушивание и укрепление швов стенки пищевода при ее повреждениях и свищах в острой стадии / В.И. Чиссов. Хирургия. 1976. - №10. С. 12-13.

TREATMENT OF TRAUMATIC ESOPHAGEAL INJURY

M.A. Mozheyko¹, N.I. Batvinkov¹, A.A. Sushko², E.V. Mahiliavets¹

¹- Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²- Health Care Establishment «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

Esophageal injury is a severe pathology with high mortality. The article describes the experience of treatment of 23 patients with traumatic rupture of the esophagus of different etiologies. For the first time the esophageal resection with primary esophagoplasty with a favorable outcome is applied in advanced esophageal damage.

Key words: *injury to the esophagus, esophageal resection, closure of the esophagus, drainage of the mediastinum.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: emogilevec@yandex.ru

Поступила 24.04.2013