

овазография в динамике через 1–3 часа после травмы и через 6–8 часов, т.е. после выведения из шока.

Получены следующие результаты. При снижении температуры кожных лоскутов на 8 °С по сравнению с симметричным здоровым участком наступает некроз лоскута и нагноение раны, а также в последующем возможен остеомиелит. Наблюдалась гибель лоскута при снижении реографического индекса наполовину.

Установлено, что все показатели: температура, реограмма, напряжение кислорода имеют прямую связь с кровообращением в лоскуте, которое во многом зависит от соотношения ширины и длины и степени повреждения лоскута.

При открытых переломах А типа (резаные, колотые раны) и соотношения длины к ширине 1 : 1 и 1 : 2 первичное заживление после ПХО наблюдается в 95 % случаев.

У пострадавших с открытыми переломами Б типа (ушибленные) при коэффициенте 1 : 1 первичное заживление наблюдается в 66,6 %, а при

коэффициенте 1 : 3 у всех — частичный некроз лоскута.

Исходы лечения открытых переломов Б типа (размозжение) значительно хуже и только при коэффициенте 1 : 1 возможно первичное заживление. При коэффициенте 1 : 2 — частичный некроз, а при соотношении ширины к длине как 1 : 3 наступает полная гибель лоскута.

На основании проведенных исследований пришли к заключению, что при открытых переломах А типа, после ПХО на рану возможно наложение швов.

После переломов Б типа и коэффициенте лоскута 1 : 1 также возможно наложение швов. Открытые переломы В типа возможно наложение швов после ПХО только при соотношении длины лоскута к его ширине 1 : 1. В остальных случаях при лечении открытых переломов после ПХО ран необходима аутопластика.

Способ закрытия (дерматомным трансплантатом, кожно-фасциальным лоскутом, лоскутом на сосудистой ножке) зависит от локализации и площади ран при открытых переломах.

М.Б. Скворцов, В.И. Боричевский, М.А. Кожевников

РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ПЕРФОРАЦИИ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕДИАСТИНИТА

ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Лечение больных с перфорациями пищевода (ПП) до настоящего времени остается трудной и нерешенной задачей. Высокая летальность за счет быстрого развития гнойных осложнений составляет 20–80 %. Одним из самых тяжелых и смертельных осложнений ПП является медиастинит. Наличие рыхлой клетчатки и отсутствие соединительнотканых перегородок в средостении способствуют распространению инфекции и вовлечению соседних структур. Постоянное инфицирование средостения за счет поступления содержимого ротовой полости, воздуха и содержимого желудка через перфорацию способствуют поддержанию инфекционного процесса.

Из существующих классификаций ПП наиболее удобной, на наш взгляд, является классификация М.А. Подгорбунского и Г.И. Шраера (1970), которую мы используем с нашими добавлениями. ПП различают по этиологии (травматические, вследствие заболеваний пищевода, вследствие заболеваний средостения); по течению (остро развивающаяся перфорация, медленно развивающаяся (хроническая) перфорация); по локализации (в шейном, грудном, абдоминальном отделах); по состоянию стенки пищевода (не изменена, патологически изменена); по наличию повреждений соседних органов (с повреждением медиастини-

нальной плевры, трахеобронхиального дерева, крупных сосудов и без повреждения соседних органов и структур); по наличию медиастинита (без клинических проявлений медиастинита, с клиникой медиастинита); по размерам дефекта стенки пищевода (микроперфорация, макроперфорация).

В клинике госпитальной хирургии ИГМУ с 1975 по 2004 гг. находились на лечении 132 больных с ПП. Причины перфорации: инструментальные повреждения были у 92 (из них перфорация бужом — у 68, фиброэзофагоскопом — у 9, фибробронхоскопом — у 1, ригидным эзофагоскопом — у 6, кардиодилататором — у 3), интраоперационное повреждение пищевода — у 5. Повреждение стенки пищевода инородным телом было у 20 больных, при ранениях шеи и груди — у 11, перфорация при распаде раковой опухоли пищевода — у 3, вследствие нагноения туберкулезного лимфаденита — у 1, перфорация язвы пищевода — у 1, химический некроз стенки пищевода — у 2, спонтанный разрыв пищевода — у 2. Мужчин было 91, женщин — 41, возраст больных — от 1 года до 78 лет (в том числе детей до 15 лет — 6 человек). Средний возраст составил 46,3 лет.

ПП осложнилась медиастинитом у 54 (40,9 %) больных, из них у 47 (87 %) перфорация пище-

вода была диагностирована через сутки и более от начала заболевания. При ПП и развитии медиастинита отмечали боли за грудиной, в межлопаточном пространстве, усиливающиеся при глотании, повышение температуры тела до 38 °С и выше, одышку, чувство сдавления в груди, часто — подкожную эмфизему на шее и груди. На рентгенограммах грудной клетки выявляли расширение границ средостения, наличие газа в средостении, иногда с горизонтальным уровнем жидкости, гидропневмоторакс. Основным рентгенологическим симптомом ПП был затек контраста за пределы его стенки, выявляемый при проведении рентгеноскопии с водорастворимым контрастом.

Умерли 34 (25,8 %) пациента. Основными причинами летальных исходов были прогрессирующий медиастинит, пневмония, эмпиема плевры. У 2 больных непосредственной причиной смерти явилось артериальное аррозивное кровотечение из сосудов шеи и средостения, у 1 — воздушная эмболия сосудов головного мозга и у 1 — обширный инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде.

Консервативное лечение ПП не приводит к выздоровлению и сопровождается летальностью более 80 %, поэтому ПП считаем показанием к оперативному лечению. Не оперированы и излечены консервативно 5 больных, у которых не было проявлений медиастинита.

Оперировали 127 больных, умерло — 34 (26,8 %). Из 54 больных с медиастинитом, развившимся в результате ПП, умер 21 (38,9 %) больной, что значительно выше общей летальности. Одной из главных задач в лечении больных с ПП считаем профилактику и лечение медиастинита. Выполнялись следующие операции: 1) гастростомия; 2) дренирование средостения изолированное или в сочетании с гастро- либо с еюностомией; 3) ушивание перфорации, в том числе в сочетании с резекцией желудка, с удалением инородного тела, с гастро- или еюностомией, внеслизистой кардиомиотомией и ЭФП; 3) пересечение пищевода на шее с шейной эзофагостомией для предотвращения дальнейшего инфицирования средостения через перфорацию; 4) резецирующие операции, в том числе с одномоментной желудочной или толстокишечной пластикой пищевода.

Гастростомия выполнена у 6 пациентов, умерли 3. Дренирующие операции, в том числе с наложением гастро- или еюностомы, выполнены 26 больным, из которых умерли 13 (50 %). Дренирование средостения изолированное выполнено 13 больным, умерли 4, в сочетании с гастростомией — 11 (7), с еюностомией — 2 (2).

Ушивание раны пищевода выполнили 34 больным, умерли 3 (8,8 %), из них ушивание ПП у одной больной произвели в сочетании с резекцией

обожженного дистального отдела желудка. Пересечение пищевода на шее и эзофагостомия для предотвращения дальнейшего инфицирования средостения через перфорацию выполнены 3 больным, как вынужденная мера, в крайне тяжелом состоянии пациентов.

Резекция пищевода (РП) при проникающих повреждениях пищевода выполнена 58 больным в возрасте от 3 до 74 лет. РП из абдоминоцервикального доступа (АЦД) с наложением эзофагостомы на шее и гастростомы, выполнена 20 пациентам. Из них у 12 пациентов РП выполнена в ранние сроки после перфорации (до развития медиастинита) без летальных исходов. На фоне медиастинита оперировано 8 больных, из них умерли 2. РП из АЦД с одномоментной пластикой целым желудком выполнена 23 больным. В условиях медиастинита оперировано 9 пациентов, из них умерло 7 человек. При исходном отсутствии медиастинита, после этой операции он не возник, умерших не было. У одного больного выполнена резекция перфорированного участка пищевода с наложением внутриплеврального анастомоза из торакотомного доступа с благоприятным исходом. РП из АЦД с одномоментной пластикой толстой кишкой успешно выполнена 2 больным. Из трех доступов (лапаротомия, цервикотомия, торакотомия) РП с наложением гастро- и эзофагостомы произведена 9 больным. Летальные исходы наступили у 3 больных, которым операцию выполнили на фоне медиастинита и эмпиемы плевры. У больных, оперированных до развития гнойных осложнений, летальных исходов не было. РП и кардии с первичным ПЖА из торакофренолапаротомного доступа произведена 3 больным на фоне медиастинита, они погибли от несостоятельности ПЖА и гнойных осложнений.

Таким образом, при ПП и по нашим данным основной причиной смертельных исходов является медиастинит. Консервативное лечение возможно лишь при отсутствии медиастинита. Различные виды операций, направленных на дренирование средостения и выключение питания через рот, являются паллиативными, так как, при оставшейся ПП, сохраняется инфицирование средостения. Радикальными и предпочтительными видами операций при ПП является ушивание раны пищевода (исходно здорового) или резекция патологически измененного пищевода для предотвращения развития медиастинита. Своевременно выполненная РП позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и приводит к снижению летальности при ПП. В ранние сроки после повреждения пищевода при отсутствии тяжелых водно-электролитных и белковых нарушений РП может быть дополнена одномоментной пластикой целым желудком или толстой кишкой с анастомозом на шее.