

М.Б. Скворцов, В.И. Боричевский

РОЛЬ МЕДИАСТИНИТА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ПИЩЕВОДА**ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (г. Иркутск)**

В клинике госпитальной хирургии ИГМУ на базе отделения грудной хирургии областной клинической больницы с 1974 по 2006 гг. лечились 164 пациента со сквозными повреждениями пищевода. Оперировали 139 больных (74,8 %), из них умерли 34 (24,5 %). У большинства больных были ятрогенные повреждения, возникшие при проведении различных медицинских манипуляций: при бужировании пищевода (62), фиброэзофагогастроскопии (9), ригидной эзофагоскопии (10), кардиодилатации (5), интраоперационных повреждениях (4), инородных телах (24), ножевых ранениях (11), химическом некрозе стенки пищевода (3), спонтанном разрыве (4) и прочих (7). Перфорация в шейном отделе была у 42 (умерли 7), в верхнегрудном отделе — у 22 (5), в среднегрудном — у 32 (9), в нижнегрудном — у 30 (10), в абдоминальном — у 10 (1), множественные перфорации на разных уровнях были у 3 (2) пациентов.

Оперативные вмешательства при перфорации пищевода (ПП) мы подразделяем на «нерадикальные» и «радикальные». Нерадикальные операции выполняли в начальном периоде работы, когда резекция пищевода была разработана недостаточно, либо когда иное вмешательство было чрезвычайно рискованно или невыполнимо из-за тяжести состояния пациента вследствие медиастинита. Из 28 пациентов данной группы умерли 13 (46,4 %). Исходный медиастинит был у 21 больного, из них умерло 12 (57 %). Гастростомия/еюностомия выполнена 6 больным, цервикомедиастинотомия, дренирование средостения — 12, цервикомедиастинотомия в сочетании с гастро- либо еюностомией — 7. Из них в условиях медиастинита оперировали 18, из них умерли 9 больных. Дренирование средостения при медиастините из абдоминального доступа в сочетании с гастростомией выполнено 3 больным с неблагоприятным исходом. У 3 больных в качестве вынужденной меры применили гастростомию, пересечение пищевода на шее с выведением эзофагостомы и ушиванием дистального конца пересеченного пищевода (у 2 больных) и эзофагофундопликацией (ЭФП) у 1 без летальных исходов.

К радикальным операциям мы относим ушивание перфорации пищевода либо его резекцию. Ушивание перфорации пищевода в сочетании с дренированием паразофагеальной зоны выполнено 44 больным, из них умерли 4 (9 %). При этом в условиях гнойных осложнений оперированы 14, умерло 2 (14,3 %). Ушивание раны пищевода из шейного доступа выполнено 21 больному (5 больных оперированы в условиях медиастинита), умер 1 (от массивной ТЭЛА в послеоперационном периоде). Ушивание ПП из трансплеврального доступа выполнено 10 больным, 3 (33,3 %) случая летального исхода. Ушивание ПП из абдоминального доступа произведено 13 пациентам в первые 12 часов. Операция была дополнена резекцией стенозированного антрального отдела желудка у 1, эзофагофундопликацией — у 4, гастростомией — у 3. Летальных исходов в этой группе больных не было.

Резекцию пищевода (РП) при его перфорации произвели 64 пациентам (46 %), умерло 17 (26,6 %). Показанием к РП считали перфорацию патологически измененного пищевода (рубцовая стриктура, рак и др.). В условиях гнойных осложнений оперированы 27 пациентов, умерло 12 (44,4 %). РП из абдоминоцервикального доступа (АЦД) с одномоментной заднемедиастинальной гастропластикой выполнена 26 больным, то же с эзофагостомией и гастростомией — 15, с одномоментной пластикой левой половиной толстой кишки — 2. РП из АЦД в сочетании с другими видами операций выполнена 6 больным, операция Добромыслова — 8. Другие виды резецирующих операций сделаны 8 пациентам с 2 летальными исходами, оба из которых произошли в результате медиастинита, развившегося после перфорации пищевода. Смерть после РП наступила у 17 больных, из которых были оперированы на фоне медиастинита 11 (64,7 %). Смерть от других причин была у 5 больных (несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза, воздушная эмболия, внутрибрюшное кровотечение, неоправданно большой объем вмешательства).

Таким образом, медиастинит существенно осложняет течение болезни, создает большие трудности и ухудшает прогноз в лечении больных с ПП. Из 34 умерших медиастинит был причиной смерти у 26 (76,5 %). Оперативные вмешательства без устранения перфорации не позволяют купировать медиастинит вследствие постоянного реинфицирования средостения и в ряде случаев плевральной полости через дефект в стенке пищевода. Эффективны операции, направленные на устранение сообщения между ротовой полостью, пищеводом, желудком и паразофагеальным пространством: пересечение пищевода на шее, ушивание ПП, резекция пищевода. При перфорации здорового пищевода в сроки до 24 часов при отсутствии гнойного медиастинита показано ушивание перфорации. При перфорации патологически измененного пищевода (рубцовая стриктура, рак пищевода и др.) обоснованной считаем его резекцию с одномоментной пластикой целым желудком или толстой кишкой. При использовании трансплеврального доступа для резекции пищевода летальность выше, что объясняется большей травматичностью торакотомии, поэтому предпочтительна резекция пищевода из абдоминоцервикального доступа. В последние годы мы полностью отказались от дренирующих операций без вмешательства на пищеводе при его перфорации и производим ушивание либо резекцию пищевода. Используя разработанную нами тактику за период с 2002 по 2007 гг., мы лечили 37 больных с ПП без летальных исходов.