

Коллектив авторов, 2009
УДК [616.329-001.5-06:616.25-002.3]-089

С.М.Лазарев, А.В.Решетов, С.С.Казарян, В.В.Ставровиецкий, С.Ю.Ярыгина

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Кафедра хирургических болезней с курсом лазерной, малоинвазивной и эндоскопической хирургии (зав. — проф. С.М.Лазарев) Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова, Городская больница № 26 (главврач — В.И.Дорофеев), Санкт-Петербург

Ключевые слова: пищевод, перфорация, эмпиема плевры.

Перфорация пищевода является одним из наиболее тяжелых патологических состояний, в результате которого развиваются ряд тяжелых осложнений (эмпиема плевры, медиастинит), которые обуславливают тяжелое течение заболевания и высокую летальность, достигающую 50% [2]. Успехи в лечении этой категории больных во многом зависят от адекватного дренирования просвета пищевода и предотвращения попадания в него агрессивного желудочного содержимого и слюны. Чтобы избежать этого, предложены множество методов, которые, как правило, являются различными вариантами разобщения непрерывности пищеварительного тракта. С этой целью используют наложение эзофагостомы, гастростомы, различные методики перевязки и прошивания абдоминального отдела пищевода и желудка [4]. Сами по себе они являются достаточно травматичными и требуют в дальнейшем реконструктивных операций. Также касается и методики постановки в просвет пищевода Т-образной трубки, которая приводит к развитию контролируемого пищеводно-плеврального свища, требующего затем длительного лечения [3]. Назогастральная интубация также не лишена недостатков: нарушения глотания и экспекторации, усиление явлений гастроэзофагеального рефлюкса [1]. В связи с этим нам кажется удачным вариант трансгастрального активного дренирования пищевода, которое может применяться у пациентов как с ушиванием дефекта пищевода, так и у больных, у которых устранение дефекта невозможно. Данная методика, на наш взгляд, имеет несомненные преимущества. Приводим наше наблюдение.

Пациент П., 75 лет, поступил в хирургическое отделение больницы № 26 Санкт-Петербурга 12.07.2007 г. с жалобами на резкие боли в груди, одышку, слабость, лихорадку до

39 °С. При рентгенологическом исследовании у пациента выявлены пневмогидроторакс справа, эмфизема средостения. Плевральная полость справа дренирована, получены воздух и гнойный экссудат с примесью желудочного содержимого. Из анамнеза известно, что более суток назад дважды выполнялось эндоскопическое исследование с попыткой ликвидации мясного завала в одном из стационаров Ленинградской области. Учитывая анамнез и клиническую картину, заподозрена перфорация пищевода. При контрастном исследовании диагноз подтвержден. В анализах крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево. Поставлен диагноз: перфорация нижней трети пищевода, медиастинит, эмпиема плевры справа. 12.07.2007 г. больной оперирован по экстренным показаниям. Выполнена торакотомия справа в шестом межреберье. В плевральной полости до 100 мл жидкого гноя и желудочного содержимого, с примесью фибрина. Медиастинальная плевра отечна на всем протяжении, эмфизема средостения. В области легочной связки дефект медиастинальной плевры 2×0,5 см, откуда поступает желудочное содержимое. Медиастинальная плевра широко рассечена. При этом выявлены выраженный отек и инфильтрация клетчатки средостения. В области правой латеральной стенки пищевода выявлен линейный дефект размером 3×0,5 см. Стенка пищевода и края дефекта отечны. Выполнено ушивание дефекта пищевода двухрядным швом: слизистая оболочка отдельно, мышечная оболочка отдельно. Шов пищевода укрыт лоскутом диафрагмы, выкроенным с сохранением питающего сосуда. Грудной этап операции закончен дренированием плевральной полости, средостения и зоны ушивания дефекта. Вторым этапом выполнена лапаротомия. После ревизии брюшной полости и забрюшинного пространства наложены два гастростомических отверстия, через одно из которых проведен в тонкую кишку зонд для питания. Через другое гастростомическое отверстие проведена в просвет пищевода перфорированная дренажная трубка, конец которой находится над зоной операции. В послеоперационном периоде получал интенсивную антибактериальную дезинтоксикационную терапию, парентеральное и зондовое питание. Проводилась активная аспирация по дренажам. На фоне проводимого лечения состояние больного улучшилось, нормализовались анализы крови, температура тела. Расправилось легкое и ликвидированы явления медиастинита, что позволило удалить дренажи из плевральной полости и средостения, оставив дренаж, подведенный к зоне операции, и внутри пищевода. На 10-е сутки при контрольном рентгеновском исследовании грудной клетки с контрастным

исследованием пищевода обнаружен точечный дефект в зоне ранее проведенной операции. Небольшое количество контрастного вещества поступает в дренаж, подведенный к зоне операции, основная его масса поступает в желудок. Правое легкое расправлено полностью, остаточных плевральных полостей и рентгенологических и клинических признаков медиастинита и эмпиемы плевры нет. Продолжено консервативное лечение, которое заключалось в дальнейшем активном внутрипросветном дренировании пищевода, антибактериальной терапии, зондовом и парентеральном питании. В течение послеоперационного периода перенес правостороннюю пневмонию, потребовавшую санации трахеобронхиального дерева и интенсивной кинезотерапии, а также контактную флегмону грудной стенки в месте стояния дренажей, которая вскрыта и дренирована. В результате длительного внутрипросветного дренирования пищевода удалось предотвратить попадание содержимого пищевода и желудка в плевральную полость, на что указывало отсутствие отделяемого по дренажу, подведенному к зоне операции. Это, в свою очередь, привело к заживлению дефекта пищевода. При проведенном на 38-е сутки повторном контрастном исследовании пищевода дефектов стенки его и поступления контрастного вещества в плевральную полость не выявлено. При контрольном эндоскопическом исследовании пищевода дефектов его не

установлено. Это позволило на 40-е сутки удалить оставшиеся дренажи и перевести больного на энтеральное питание. Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение на 44-е сутки после операции.

Данное наблюдение демонстрирует преимущества и безопасность трансгастрального дренирования пищевода при его повреждении, которое, на наш взгляд, может значительно улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Иванов А.С. Осложнения назоинтестинальной интубации при острой кишечной непроходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 2004.—19 с.
2. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелатов В.А. Медиастинит.— М.: Медпрактика-М, 2005.—199 с.
3. Lindell M.W., Harrison T.D., Brant B. Surgical treatment of late esophageal perforation // Amer. Surg.—1976.—Vol. 42, № 7.— P. 488–491.
4. Pearson F.G. Thoracic Surgery.—Philadelphia: Churchill Livigstone, 2002.—1900 p.

Поступила в редакцию 19.03.2008 г.