

Раздел VI

РЕДАКЦИОННЫЙ ПОРТФЕЛЬ

УДК 616.329: 616.27–002–056.5

ТРУДНОСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ЗОНДОВОГО ПИТАНИЯ И АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ОСТРЫХ ПЕРФОРАЦИОННЫХ МЕДИАСТИНИТАХ

С.В. ЕРМОЛЕНКО, Ю.А. ПАРХИСЕНКО, Н.В. СОЛОД, И.В. ЮРГЕЛАС*

Коррекции нарушений метаболизма, возникающих в ответ на острое хирургическое заболевание, в литературе [1] уделяется большое внимание, так как неадекватность её нередко является причиной неблагоприятного исхода оперативного вмешательства. Проблема особенно сложна после экстренных комбинированных операций на органах брюшной и грудной полости и/или шее, когда имеющиеся нарушения обменных процессов обусловлены тяжестью заболевания, усугубляются операционной травмой, а предоперационная подготовка из-за ограничения по времени не выполнена в полном объеме. Установление перфорационного генеза острого медиастинита расширяет объем неотложной хирургической помощи от вскрытия и дренирования клетчаточных пространств средостения до реализации антирефлюксной защиты и формирования искусственного желудочного или проксимального кишечного свища для энтерального питания [2–4].

Чрезвычайно актуальной представляется проблема оптимизации профилактики желудочно-пищеводного рефлюкса и обеспечения нутритивной поддержки. Суть разработанной нами модификации одиночной гастростомии заключается в том, что через канал трубки, поддерживающей просвет гастростомического отверстия, устанавливается силиконовый зонд. Последний проводится в тонкую кишку и фиксируется на расстоянии 30–40 см за связкой Трейтца [5–8]. Внутренние диаметры гастростомической трубки и гастроеюнального зонда равны 1,5 и 0,7 см. Такая процедура доступна и интраоперационно, и в послеоперационном периоде в условиях реанимации и интенсивной терапии с эндоскопической поддержкой [9–10].

Приводим одно из наблюдений. Больной К., 68 лет, поступил 9.09.2004 г. в клинику Воронежской облбольницы № 1 с диагнозом: перфорация средней трети пищевода инородным телом (сливовая кость), острый первичный задний медиастинит спустя 15 часов от момента перфорации. Из анамнеза: пациент в возрасте 22 лет перенес химический ожог пищевода прижигающим ядом (аккумуляторная жидкость) с развитием язвенно-некротического эзофагита, острого заднего медиастинита, вторичной эмпиемы плевры слева, по поводу чего проводилось дренирование плевральной полости с настройкой промывной системы, а для питания был сформирован желудочный свищ. После купирования воспалительно-деструктивного процесса в средостении, плевральной полости с заживлением раны пищевода вторичным натяжением, было произведено закрытие желудочного свища. На диспансерном учете пациент не состоял, хотя имела стойкая дисфагия 3 степени за счет рубцового стеноза пищевода в месте перфорации.

При первичном осмотре состояние средней тяжести – тяжелое, самочувствие страдает за счет распирающих болей в межлопаточном пространстве и области нижнегрудного отдела позвоночника с иррадиацией в реберно-позвоночные углы, положение активное, адекватное, однако несколько заторможено, покровы бледные, тургор снижен, тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 100 ударов в 1 мин., артериальное давление 100–90/60 мм рт.ст., передние области шеи, надплечья деформированы за счет мягкотканного компонента (эмфизема мягких тканей), напряжение паравerteбральных мышц, дыхание жесткое по всем полям, частота дыхательных движений 18. Язык влажный, скучно обложен белым налетом, живот мягкий, перитонеальных знаков нет. Гематокрит 0,41; гемоглобин 123 г/л, лейкоциты 11,2. При эзофагогастродуоденоскопии пищевод свободно проходит до 30 см от передних зубов, далее рубцово сужен, рядом с местом сужения диаметром 0,7 см имеется такого же диаметра перфорационное отверстие с налетом фибрина по краям с кровоподтеками и осадениями слизистых. При рентгенологическом исследовании

органов грудной клетки с контрастированием пищевода выявлены два последовательно заполняющихся водорастворимым контрастом затека в средостение и левую плевральную полость. Подобная картина исключала чреспищеводное дренирование абсцессов средостения по Н.Н. Каншину [11]. Учитывая клиническую картину и данные дополнительных методов исследований предпринято оперативное вмешательство. Первым этапом произведена гастростомия по Кадеру – Андросову из срединного лапаротомного доступа. При этом выполнить традиционно рекомендуемые антирефлюксные манипуляции (перевязка проксимального и дистального отрезков пищевода, фундопликация по Nissen или Dog и др.) или сформировать еюностому, которая исключала бы рефлюкс и применялась для питания больного, не представлялось возможным. Причина – тотальный спаечный процесс брюшной полости, сделавший затруднительным даже выделение стенки желудка для формирования свища. Все попытки висцеролиза чреватые пролонгированием вмешательства, анестезиологического пособия и дополнительной кровопотерей.

Вторым этапом вскрыто заднее средостение с опорожнением двух полостей до Ø3–4 см. Выявлен раневой сетчатый дефект пищевода общим визуальным размером >1,2 см с неровными краями и истонченной стенкой без дифференциации слоев, которая обрывалась при попытке захватывания инструментом. Предпринята попытка ушивания дефекта атрауматичным материалом под эндоскопическим контролем. Операция завершена формированием системы для аспирационного проточно-промывного дренирования средостения с отдельным помещением дренажа в косто-диафрагмальный синус. С 5-х суток послеоперационного периода отмечены нарастающие по объему рефлюксы желудочного содержимого в пищевод и средостение с адекватной эвакуацией через промывную систему, а при попытках энтерального питания – заброс нутритивных смесей при сохраненном и антеградном их пассаже и функционировании кишечника. Ситуация усугублялась необходимостью мягкой фиксации больного в горизонтальном положении ввиду явлений энцефалопатии смешанного генеза (атеросклеротическая энцефалопатия, токсико-инфекционный психоз), упорным кашлем, обусловленным хроническим обструктивным заболеванием легких.

Нестабильность гемодинамики, явления энцефалопатии смешанного генеза и спаечный процесс в брюшной полости заставили прибегнуть к малоинвазивным манипуляциям для декомпрессии пищевода и желудка. Для этого при проведении гастростомии через искусственный желудочный свищ выявлено, что рубцово деформированный извне желудок (за счет спаечной болезни брюшной полости) представлял собой многокамерную полость, что и препятствовало пассажу питательной смеси в нужном направлении. С помощью эндоскопической техники через канал трубки, поддерживавшей просвет гастростомического отверстия, силиконовый зонд проведен за нижнегоризонтальную ветвь 12-перстной кишки, а затем и за связку Трейтца, что подтверждено рентгенологическим контролем. С этого момента можно констатировать разобщение порочного круга, что позволило адекватно обеспечить метаболические потребности и прервать прогрессирование воспалительно-деструктивного процесса в межфасциально-клетчаточных пространствах средостения.

Включение модифицированной методики одиночной гастростомии в протокол первичного вмешательства позволяет совмещать функции декомпрессии и нутритивной поддержки, начать энтеральное питание в раннем послеоперационном периоде с лаважа глюкозо-солевыми растворами с этапными переходами на полуэлементные и стандартные смеси [12]. Минимальная травматичность – преимущество в сравнении с методиками антирефлюксной защиты и энтерального питания [13].

Литература

1. Попова Т.С. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. – М.: ООО Изд. дом «М-Вести», 2002.
2. Абакумов М.М. и др. // Вест. хир. им. И.И. Грекова. – 2001. – № 1. – С. 80–85.
3. Шитулин П.П. и др. // Хир. – 2001. – № 8. – С. 58–61.

* Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко