

Результаты и обсуждение. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено, пациент выписался в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения по месту жительства. При повторном поступлении на контрольное обследование: по данным РКТ и УЗИ воротная вена проходима, прогрессирования процесса не выявлено.

Выводы. Представленный вариант операции расширяет возможности лечения РПЖ с прорастанием в магистральные сосуды, позволяет выполнить радикальную операцию и улучшить результаты лечения данной патологии. Тангенциальное иссечение воротной вены вместе с инвазирующей в ее стенку опухолью головки поджелудочной железы способствует достижению радикальной резекции. Вовлечение в опухолевый процесс воротной вены не является противопоказанием к выполнению радикального оперативного вмешательства.

Литература:

1. Котельников, А. Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных опухолей поджелудочной железы / А. Г. Котельников, Ю. И. Пятютко, А. А. Трякин. – Москва, 2014. – 31-38 с.
2. Прохоров, А. В. Опухоли поджелудочной железы / А. В. Прохоров, В. Е. Папок, М. Н. Шепетько, В. Е. Папок – Минск, 2013. – 6-7 с.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА

¹ Можейко М. А., ¹ Сушко А. А., ² Кропа Ю. С.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Беларусь, Гродно

Введение. Травма пищевода является тяжелой патологией, сопровождающейся быстрым (в течение нескольких часов) развитием воспаления параэзофагеальной клетчатки с последующим гнойным поражением средостения, клетчатки и брюшины. Летальность при данной патологии достигает 20-85%, она удваивается с удвоением времени с момента травмы. Если операция проводится до 6 ч, летальность составляет 12-14,5%, через 12 ч – 24-28%, через сутки – 48-56%. Высокая летальность чаще всего обусловлена поздней диагностикой повреждений пищевода.

Цель исследования: проанализировать собственные данные лечения пациентов с травмой пищевода и выработать оптимальные варианты лечения данной патологии.

Материал и методы исследования. В торакальном отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» находились на лечении 35 пациентов с разным характером травм пищевода, которые отражены в таблице.

Таблица – Причины травм пищевода

№	Причины травм пищевода	Количество пациентов	Оперированы	Умерли
1	Инородные тела пищевода	13	8	2
2	Синдром Бурхаве	8	7	3
3	Бужирование пищевода	5	5	2
4	Фиброэзофагогастроскопия	4	4	-
5	Кардиодилатация	2	1	-
6	Интубация трахеи	1	1	-
7	Зондирование пищевода	1	1	-
8	Эндоскопическое удаление полипа пищевода	1	1	-
Итого:		35	28	7
Общая летальность составила 20%.				

По уровню повреждения пищевода травма шейного отдела пищевода имела место у 6, в грудном – у 22, в абдоминальном – у 7 пациентов. Проникающие повреждения пищевода через все слои стенки диагностированы у 27 пациентов и непроникающие – у 8.

Основные методы обследования пациентов: сбор анамнеза, характер травмы, общеклинические, лабораторные данные. Специальные методы: эзофагогастроскопия, УЗИ органов грудной и брюшной полостей, рентгенография органов грудной и брюшной полостей, компьютерная томография, эзофагография с контрастом. Через 2-4 ч после травмы пищевода поступили 11 пациентов, 4-6 ч – 8, 6-8 ч – 10, через 12-24 ч – 4 и свыше 24 ч – 2. Инородные тела, повреждающие стенку пищевода, в наших наблюдениях были разнообразные: сливовая косточка, острая яблочная створка, рыбы, куриные, мясные завалы, зубные протезы. В двух случаях пациенты повредили грудной отдел пищевода самостоятельно, проталкивая мясной завал проволокой.

Клиническая картина повреждения пищевода многообразна. Боль в грудной клетке, за грудиной, в позвоночнике нередко связывают с сердечной патологией. В наших наблюдениях при спонтанном разрыве пищевода 4 пациента на протяжении 24-72 ч находились в терапевтических стационарах с диагнозом инфаркт миокарда. Основным симптомом травмы пищевода является боль по ходу пищевода, усиливающаяся при глотании, дисфагия, эмфизема шеи, грудной клетки, напряжение мышц живота. В последующем присоединяется высокая температура тела, одышка, изменение со стороны периферической крови. При травме шейного отдела пищевода отмечается отек, инфильтрация мягких тканей шеи. В наших наблюдениях пациенты с травмой шейного отдела пищевода в течение 2-3 суток получали лечение у ЛОР-врачей, а после появления признаков флегмоны клетчаточных пространств шеи направлялись в специализированное отделение, где у всех при МРТ-исследовании констатировали наличие задневерхнего медиастинита. Всем пациентам шейным

доступом раскрывалась и санировалась флегмона шеи со вскрытием, дренированием задневерхнего средостения с постоянным промыванием его и активной аспирацией. Все пациенты выздоровели. В пожилом и старческом возрасте перфорация пищевода инородными телами может протекать без выраженных клинических симптомов. 4 пациента в возрасте 74-78 лет поступили в клинику через 6-8 суток после проглатывания инородных тел с тотальными гнойными медиастинитами и эмпиемой плевры. Всем выполнена торакотомия с дренированием средостения, плевральных полостей с постоянным промыванием и активной аспирацией средостения и плевральной полости. Двум пациентам наложена эзофаго- и гастростомия, двум – поставлен назогастральный зонд. 2 пациента умерли, 2 выздоровели. При непроникающих ранениях пищевода (5 случаев), а также при инструментальных разрывах, имеющих короткий (до 1-1,5 см) ложный ход (1), применялась консервативная терапия с постановкой назогастрального зонда, антибиотикотерапией с постоянным клиническим и рентгенологическим контролем. Все пациенты выздоровели.

Основным методом лечения проникающих ранений пищевода является ушивание места повреждения (22 случая). Несостоятельность швов наступила у 8 пациентов. В последнее время при несостоятельности швов пищевода, а также при поздних операциях по поводу синдрома Бурхаве применяем Т-образный дренаж жесткой конструкции с зондовым кормлением пациента в течение 2-3 недель. Данным способом удалось добиться излечения 3 пациентов с синдромом Бурхаве и 4 пациентов, оперированных через 8-12 ч после ятрогенных повреждений пищевода. Один пациент с синдромом Бурхаве умер от сердечной недостаточности. Данному пациенту по поводу рака нижней доли правого легкого выполнена нижняя лобэктомия. Через сутки после операции был переведен в отделение, где выпил около 400 мл газированной жидкости, после чего появилась резкая боль в грудной клетке, дыхательная недостаточность III. Произведена пункция левого гемиторакса, удалено около литра жидкости. На этапе подготовки к операции пациент умер. Два пациента с ятрогенными повреждениями абдоминального отдела пищевода оперированы через 24 часа. Им выполнена резекция пищевода с кардиальным отделом желудка с наложением гастроэзофагеального анастомоза в пределах мобилизованного в средостении пищевода. Один пациент с данной патологией абдоминального отдела пищевода оперирован через час после травмы. Пациенту выполнено лапароскопическое ушивание разрыва пищевода с эзофагофундопликацией по Дору. Все пациенты поправились.

Выводы:

1. Диагностика травм пищевода у большинства пациентов поздняя. Диагноз выставляется после появления гнойных осложнений.
2. Непроникающие травмы пищевода подлежат консервативной терапии с постоянным клиническим и рентгенологическим контролем.

3. При несостоятельности швов пищевода, а также поздних оперативных вмешательств с тотальными медиастинитами и эмпиемами плевры оправдана постановка Т-образного жесткого дренажа, позволяющего кормить пациента через назогастральный зонд и добиться заживления разрыва пищевода.

4. Лучшим методом дренирования параэзофагеальных абсцессов, флегмон является двухходовой дренаж с налаживанием постоянного промывания с активной аспирацией.

5. При проникающих травмах абдоминального отдела пищевода в условиях ограниченного параэзофагеального абсцесса применима резекция пораженного участка пищевода с первичным гастроэзофагеальным анастомозом.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

¹ Можейко М. А., ¹ Сушко А. А., ² Олейник А. О.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Гродно, Беларусь

Введение. Химические ожоги пищевода и желудка составляют 12-15% всех отравлений. Смертность при данной патологии продолжает оставаться высокой, достигая 5-8%. Пациенты с химическими ожогами пищевода и желудка требуют длительного лечения, иногда в течение 3-4 лет. Несмотря на широкий арсенал лечебных мероприятий, направленных на профилактику постожоговых стриктур пищевода, последние развиваются у 73-75% пострадавших.

Цель исследования: проанализировать собственные данные лечения пациентов с химическими ожогами за 30-летний период (1986-2016 гг.) и определить оптимальные варианты лечения данной патологии.

Материалы и методы исследования. В клинике находился на лечении 461 пациент с химическими ожогами пищевода и желудка. Мужчин было 372, женщин – 89. 87% составили пациенты трудоспособного возраста. Случайный прием агрессивной жидкости имел место у 413 пациентов, с суицидальной целью – у 48. В 385 случаях отмечен прием неорганических или органических кислот, в 76 – щелочей и в 35 – других коррозивных жидкостей. У 392 пациентов диагностировано изолированное поражение пищевода, ожог пищевода и желудка выявлен у 69. При этом в 5 случаях при комбинированном ожоге пищевода и желудка имел место симптом Эйзельсберга, сопровождающийся значительным растяжением желудка из-за нарушения эвакуации его содержимого как в аборальном, так и оральном направлении из-за рубцового стеноза