

вводится 300-400 мл³ воздуха. Данный приём в последующем облегчает восстановление острого угла Гиса, который формируется вначале вдоль задней стенки пищевода двумя-тремя узловыми швами при помощи дна желудка. Финалом этапа формирования антирефлюксного механизма является создание острого угла Гиса по левой боковой стенке пищевода тремя-пятью узловыми швами. Таким образом, острый угол Гиса формируется на всю длину пищевода, низведенного в брюшную полость, по его задней и левой боковой стенкам, то есть на 1/4 части окружности. Особое внимание по ходу операции отводится максимальному восстановлению дна желудка, которое служит накопительным пространством для желудочного рефлюктата.

Выводы. Предлагаемый способ лапароскопической клапанной эзофагофундопликации позволяет восстановить анатомические антирефлюксные механизмы пищеводно-желудочного перехода за счет низведения пищевода в абдоминальную позицию, формирования острого угла Гиса на 1/4 окружности пищевода по задней и левой его стенке с восстановлением дна желудка в качестве накопительного пространства для желудочного содержимого, без пересечения коротких желудочных сосудов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ

Климович А. Е.², Татур А. А.¹, Гончаров А. А.²,
Протасевич А. И.¹, Пландовский А. В.¹, Попов М. Н.²,
Стахивич В. А.², Богачев В. А.²

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время основной причиной развития трахеопищеводных свищей (ТПС) является длительная интубация трахеи. Частота возникновения ТПС у пациентов с продленной ИВЛ варьирует от 0,3 до 3%. Развитие постинтубационных ТПС связано с компрессией мембранозной

стенки трахеи, раздутой манжетой эндотрахеальной трубки. При нахождении в просвете пищевода назогастрального зонда развивается ишемический некроз мембранозной части трахеи, а затем и спаянной с ней стенки пищевода. У 50-60% пациентов постинтубационный ТПС сочетается с рубцовым стенозом трахеи (РСТ). У 100% пациентов в процессе ИВЛ накладывается трахеостома. Консервативное лечение пациентов с ТПС может быть эффективно только при малых (до 1 см) несформированных свищах. При больших (1-3 см) и гигантских (более 3 см) ТПС после некролиза происходит эпителизация свищевого хода с образованием стойкой пищеводно-трахеальной коммуникации. При необходимости продолжения ИВЛ у пациентов с ТПС манжета дыхательной канюли устанавливается дистальнее фистулы, а питание проводится через гастростому. Только после перевода пациента на спонтанное дыхание можно ставить вопрос о возможности и целесообразности разобщения свища. Пациенты с ТПС требуют проведения индивидуальной предоперационной подготовки, направленной на компенсацию нутритивного и неврологического статуса, профилактику аспирационных осложнений, максимальной компенсации симптомов основной тяжелой травмы или заболевания. Лечение пациентов с ТПС, как и РСТ, сложное, длительное и дорогое. Поэтому крайне важно систематическое проведение у критических пациентов в процессе ИВЛ врачами-реаниматологами мероприятий, направленных на профилактику их развития.

Целью работы стал анализ результатов диагностики и хирургического лечения пациентов с ТПС

Материал и методы. В период с 2008 по 2018 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска прошли лечение 14 пациентов с диагнозом ТПС, которым выполнялось хирургическое разобщение свища.

Результаты и обсуждение. Причинами развития ТПС у 13 (93%) пациентов стали длительная интубация трахеи при наличии назогастрального зонда на фоне тяжелой соматической патологии (ОНМК, тяжелая ЧМТ, объемные образования головного мозга после хирургического лечения, панкреонекроз, ИБС) и длительное нахождение инородного тела (конский

каштан) в пищеводе с развитием пролежня передней стенки пищевода и мембранозной стенки трахеи у 1 пациента (7%).

Для верификации индивидуальных параметров ТПС использовали видеоэзофаго- и трахеобронхоскопию, компьютерную томографию шеи и органов грудной клетки. Размеры свищевых дефектов варьировали со стороны мембранозной стенки трахеи от 1 см до 6 см. Длина свищевого хода составляла от 0,5 см до 1,5 см. У 8 пациентов (57,1%) ТПС сочетался с рубцовым стенозом трахеи (РСТ). У одного пациента в результате пролежня пищевода инородным телом и выполнения его обструктивной резекции с выведением проксимальной эзофагостомы в результате прорезывания швов в зоне стомы и реканализации каудального конца пищевода образовался гигантский ТПС с дефектом мембранозной части трахеи 6 см сообщающийся через гнойную полость с двумя концами пищевода.

Всем пациентам после предоперационной подготовки, сроки которой варьировали от 1 до 12 месяцев, выполнено радикальное степлерное разобщение ТПС из цервикального и цервикомедиастинального доступов. Линии швов пищевода ротировали и разобщали в зависимости от локализации свища и операционного доступа мышечными лоскутами, мобилизованной щитовидной железой либо тимическим лоскутом с сохранением сосудистых связей. У 2 пациентов с ТПС, сочетанным с РСТ, одномоментно была выполнена циркулярная резекция трахеи (14%), у шести – этапная пластика трахеи на Т-образном силиконовом стенте (42%). Реканализация зоны рубцового стеноза трахеи методом лазерной фотовапоризации в до- и/или послеоперационном периодах понадобилась 6 пациентам (42%). У одного пациента в связи с большими дефектами трахеи и пищевода (6 см) выполнена тимоперикардиотиреоэзофагопластика по разработанной в клинике методике и загрудинная шунтирующая колоэзофагопластика. После хирургического разобщения ТПС у 2 пациентов развилась реканализация ТПС, что потребовало постановки Т-образного стента в просвет трахеи и повторного разобщения у 1 пациента, а у второго небольшой щелевидный дефект закрылся после консервативного лечения. У одной пациентки после тимотрахеопластики был восстановлен

стойкий просвет трахеи, а ишемический некроз пищевода в зоне степлерной эзофаграфии потребовал постановки в его просвет Т-образного стента, на котором сформирована эзофагостома. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента (14%) от нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности и респиратор-опосредованной пневмонии.

Выводы:

1. Причиной развития ТПС у 93% пациентов стала длительная респираторная поддержка.
2. Инструментальная диагностика параметров ТПС должна основываться на данных комплексного КТ-эндоскопического обследования.
3. Радикальное хирургическое лечение пациентов с ТПС, направленное на выполнение после предоперационной подготовки разобщения фистулы с восстановлением просвета и функции трахеи и пищевода, было эффективно у 86% соматически тяжелых пациентов.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Кондерский Н. М.¹, Петухов В. И.², Карташова Е. С.³,
Ермашкевич С. Н.², Янковский А. И.¹, Клишо Е. В.⁴,
Михневич Д. В.⁴

¹ УЗ «Витебская областная клиническая больница»,

² УЗ «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

³ УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»,
г. Новополоцк, Республика Беларусь

⁴ УЗ «Витебский областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на успехи в диагностике и лечении, уровень заболеваемости туберкулезом в РБ, по данным ВОЗ, за 2016 г. составляет 52 чел. на 100 тыс. населения, при этом формы заболевания с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя встречаются в 35 случаях на 100 тыс. населения.