

сительная простота выполнения, низкая частота операционных осложнений, а также отсутствие необходимости в длительном восстановительном периоде позволяет радикально улучшить и расширить объем хирургической помощи при коррекции стено- тических поражений экстракраниальных артерий каротидного и ба- зилирного сосудистых бассейнов.

Литературные ссылки

1. Фокин, А.А., Прык, А.В. Реконструктивные операции на сон- ных артериях. – М., 2006. – 192 с.
2. Rooke Thom W., Sullivan Timothy M., Jaff Michael R. Vascular Medicine and Endovascular Interventions. – Boston., 2007. – P. 251–259.
3. Thompson Matt M. Endovascular interventions for vascular disease: principles and practice. – Informa Healthcare USA inc., 2008. – P. 151–192.

ЯТРОГЕННЫЕ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА

*Воробей А.В.^{1,2}, Вижинис Е.И.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2},
Ченик Д.А.³, Шулейко А.Ч.^{1,2}, Лурье В.Н.^{1,2}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнте- рологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Перфорации пищевода по характеру возни- кающих осложнений и прогнозу исхода лечения являются одним из самых сложных видов хирургической патологии. Причинами перфорации являются экзогенное воздействие и эндогенный фак- тор. Нами разработана классификация перфораций пищевода по этиологии (Воробей А.В., Вижинис Е.И., 2012):

1. Экзогенное воздействие:

- закрытая травма шеи, грудной клетки и брюшной полости
- открытая травма шеи, грудной клетки и брюшной полости
- инородные тела пищевода
- ожоги пищевода

- ятрогенная травма
- перфорация (пролежень) трахеи после продленной ИВЛ

2. Эндогенный фактор:

- перфорация язвы пищевода
- перфорация опухоли пищевода
- перфорация дивертикулов пищевода
- спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве)
- контактный разрыв вследствие деструктивного процесса на шейке и в средостении (формирующиеся пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи).

Свыше 70% случаев перфорации пищевода является следствием ятрогенных его повреждений. Это обусловлено ростом количества оперативных вмешательств на органах шеи, грудной клетки и средостения; возрастающим применением диагностических и лечебных манипуляций с использованием фиброволоконной оптики, процедур бужирования, стентирования пищевода, кардиодилатации.

Цель исследования. Определить причины возникновения ятрогенных перфораций пищевода, способы их диагностики и методики оперативного лечения.

Материалы и методы. С 2004 по 2011 годы наблюдали 38 пациентов с перфорацией пищевода. У 20 (71,4%) из них перфорация наступила вследствие ятрогенного воздействия. Причинами были форсированное бужирование пищевода по поводу рубцовой стриктуры, оперативные вмешательства на абдоминальном и нижнегрудном отделах пищевода в связи с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Пищеводно-трахеальные свищи, сформировавшиеся вследствие длительной интубации трахеи при выполнении продленной ИВЛ мы также включили в группу ятрогенных перфораций. Ряд пациентов с повреждением пищевода были госпитализированы в хирургические отделения районных больниц и оперированы выездными бригадами клиники по линии Центра экстренной медицинской помощи Минской области.

Мы применяли следующий алгоритм необходимого обследования при подозрении на перфорацию пищевода: обязательное рентгенологическое полипозиционное исследование с контрастированием пищевода; эндоскопическое обследование с фистуло-

графией при необходимости уточнения топографии затека; компьютерную томографию, МРТ, УЗИ-исследование клетчаточных пространств шеи.

Результаты. Основные принципы оперативного лечения перфораций пищевода, которые мы использовали для оказания помощи пострадавшим:

1. Операция выполняется по срочным показаниям после интенсивной предоперационной подготовки.

2. Необходимы широкое раскрытие и санация околопищеводных клетчаточных пространств в зоне перфорации.

3. Выполняется отключение пассажа пищевых масс по пищеводу (шейная эзофагостомия, гастро- или энтеростомия для последующего энтерального питания).

4. По мере возможности производится стентирование пищевода для исключения попадания содержимого ротовой полости за пределы пищеводной трубки.

При перфорации шейного отдела пищевода операцию выполняли по методике, разработанной в нашей клинике. Цель предложенной методики – широкое раскрытие и «сквозное» дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения. При перфорации грудного отдела пищевода выполняли торакотомию со стороны преобладающего поражения средостения и плевральной полости, широкую медиастинотомию, санацию, дренирование средостения и плевральной полости. В четырех случаях применили малоинвазивный метод – торакоскопическую медиастинотомию. В последние годы для лечения стриктур, перфораций, пищеводных свищей начали применять металлические (нитиновые) саморасширяющиеся стенты с покрытием. Данную методику применили у четырех пациентов с перфорациями грудного отдела пищевода. Стент сохраняли в просвете пищевода 1,5–2 месяца. В случае миграции в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта стент удаляли. Экспозиция стента в просвете пищевода 1,5–2 месяца была достаточной для купирования гнойно-воспалительного процесса в средостении и плевральной полости, активного образования грануляционной ткани, формирования трубчатых свищей. Применение саморасширяющихся нитиновых стентов с покрытием при перфорации пищевода обеспечило герметизацию пищеводной трубки и возможность

раннего кормления пострадавших естественным путем.

В послеоперационном периоде умерли 2 пациента. Причиной смерти были гнойный медиастинит, пневмония, сепсис, прогрессирующая полиорганная недостаточность, профузное арозивное кровотечение.

Заключение

1. При подозрении на повреждение пищевода необходимо выполнить необходимый алгоритм обследования для своевременной диагностики перфорации.

2. Операция выполняется по срочным показаниям после интенсивной подготовки. Объём операции включает санацию и активное дренирование околопищеводной клетчатки по одной из предложенных методик, отключение пищеводной трубки из пассажа, стентирование пищевода, питательную гастро- или еюно-стому.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Воробей А.В.^{1,2}, Гришин И.Н.^{1,2}, Шулейко А.Ч.^{1,2},
Бутра Ю.В.^{2,3}, Лурье В.Н.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2},
Вижинис Ю.И.^{1,2}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. В период 2010–2012 гг. выполнено 66 резекционно-дренирующих операций у пациентов с хроническим панкреатитом. Из них 48 (72,3%) были повторными, 24 (36,4%) пациента оперированы два и более раз. Все эти пациенты имели панкреатическую гипертензию, в 48,5% – билиар-