

СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФИСТУЛИЗАЦИИ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

*Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Панько С.В., Журбенко Г.А.,
Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н.*

УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
Брест, Республика Беларусь

Актуальность. У хирургов на сегодняшний день нет единства в вопросах объема и вида оперативного вмешательства при спонтанном разрыве пищевода (Синдром Бурхаве). Летальность остается высокой – 25–85% случаев, и обусловлена, в основном, поздней диагностикой заболевания и несовершенством оперативных вмешательств. Так, несостоятельность шва пищевода при его повреждениях по Республике Беларусь составляет 62%. Если операция выполнена до 6 часов – несостоятельность развивается в 20% случаев. После 24 часов – в 80% случаев. Летальность по РБ при открытых операциях составляет 35.5%, при эндоскопических операциях – 11% (Шестюк А.М. 2011). Спонтанные разрывы пищевода приводят к возникновению грозных гнойных осложнений: эмпиеме плевры, медиастиниту, сепсису. Поэтому на сегодняшний день актуален поиск малотравматичных, малоинвазивных методов лечения этого заболевания.

Цель исследования: разработка оптимального варианта малоинвазивного хирургического вмешательства, направленного на улучшение результатов лечения пациентов с поздно выявляемым синдромом Бурхаве.

Материалы и методы. Наш опыт лечения синдрома Бурхаве основан на 11 случаях, пролеченных в отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы за 10 лет (2002–2012 гг.), что составило 0,15% от всех поступивших больных. Все больные доставлены из районных центров. В городах Бресте, Барановичах, Пинске не было ни одного пациента с синдромом Бурхаве. Средний возраст больных составил 52,6 года, все мужчины. При первичном врачебном осмотре диагноз установлен только у 2-х больных (18,1%). У 9 (82%) пациентов диагноз устано-

влен позднее пяти суток. У всех были острая эмпиема плевры слева, симптомы интоксикации, полиорганная недостаточность. У 3 (27%) пациентов до осмотра торакальным хирургом уже была выполнена лапаротомия (у 1-го – диагностическая, у 2-го – лапаротомия + резекция желудка, у 3-го – холецистэктомия, релапаротомия 1 по поводу “панкреатита”, затем релапаротомия 2 по поводу желудочно-кишечного кровотечения и только после этого торакальным хирургом выполнена торакотомия по поводу синдрома Бурхаве на 12 сутки). В Брестской областной больнице в первые сутки диагноз установлен в 100% случаев.

Результаты. Все пациенты прооперированы в первые сутки после установления диагноза. У 3 (27%) выполнена открытая операция, у 8 (73%) – только эндоскопическая. Всем больным после санации левой плевральной полости в просвет пищевода установлена Т-образная разборная дренажная система собственной конструкции (патент на полезную модель РБ № 3383 от 28.02.2007 г.), которая может использоваться как при торакоскопических, так и при открытых операциях. Суть методики заключается в установке назоинтестинального зонда через сквозное отверстие дренажной трубки, проведенной через левую плевральную полость в место разрыва пищевода. Для этого после мобилизации нижней доли левого легкого и медиастинотомии через сформировавшийся разрыв в нижней трети пищевода назоинтестинальный зонд выводится через левую плевральную полость в торакопорт в 6-м межреберье по средней подмышечной линии. На конце дренажной трубки формируются лепесток и отверстия по окружности трубки. Сформированным лепестком обходится назоинтестинальный зонд, выведенный в торакопорт, и под контролем оптики и фиброгастроскопа происходит погружение конструкции в разрыв пищевода с постепенным продвижением назоинтестинального зонда в желудок и двенадцатиперстную кишку. Дренируется левая плевральная полость. Длительность торакоскопической операции составила 1:30–1:50, открытой – 2:20. Кровопотеря 250 и 500, соответственно. До 9 суток осуществлялась постоянная активная аспирация отделяемого по дренажной трубке, замкнутой в Т-образной системе. Разобщение конструкции производилось на 9–10 сутки с последующей активной аспирацией.

рацией до 15 суток и подтягиванием дренажной трубки раз в 2 дня до 1,5–2 см. Рентгеноскопический контроль производился после разобщения конструкции и на 15 сутки. На 20 сутки дренаж удалялся. С 15 суток питание через рот, затеков контраста не выявлено ни у одного пациента. Рана зажила вторичным натяжением. Средний срок лечения составил 29 дней. Умер 1 пациент (9%), который перенес холецистэктомию, релапаротомию 1 по поводу “панкреатита”, релапаротомию 2 по поводу желудочно-кишечного кровотечения и на 12 сутки торакотомию по поводу нераспознанного синдрома Бурхаве. Причина смерти – правосторонняя пневмония с исходом в гангрену легкого через 1 месяц после установки дренажной системы. Наружный пищеводно-плевро-кожный свищ к этому времени закрылся. Пациент питался через рот.

Выводы. Разработанная Т-образная разборная дренажная система может использоваться как в торакоскопических, так и открытых операциях. Методика видеоторакоскопической фистулизации пищевода малоинвазивна, позволяет сохранить орган, возможно питание пациента в 1-е сутки после операции, отсутствуют проблемы с извлечением дренажа, одновременно проводится санация плевральной полости, не нужна гастростома и эзофагостома. Предложенная нами методика управляемого разборного Т-образного дренажа «избавляет» хирургов от несостоятельности швов пищевода.

Литературные ссылки

1. Карпицкий, А.С. Метод торакоскопического ведения больных с синдромом Бурхаве / А.С. Карпицкий, Р.И. Боуфалик, Б.И. Завадский, А.В. Рыжко, А.М. Шестюк // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – №1. – С. 66–69.
2. Panko, S. Rola laboratoryjnych i instrumentalnych metod w rozpoznawaniu przedziurawienia przelyku / S. Panko, A. Karpitski, A. Shestiuk // Studia Medyczne Akademii Swietokrzyskiej. – Kielce, Polska – 2007. – №. 8. – P. 9–14.