

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

выходного отдела желудка и стриктуры пищевода. Два пациента поступили с перфорацией пищевода и 12 – с перфорацией желудка, 18 – с суб- и декомпенсированными рубцовыми стриктурами пилороантрального отдела желудка, 4 – с тотальными на всем протяжении пищевода рубцовыми стриктурами. Пациентам, поступившим в клинику в ранние (7-10 дней) сроки после химического ожога пищевода, назначались противовоспалительная терапия, кортикостероиды, ГБО-терапия, раннее бужирование. Несмотря на проводимую терапию у 68% пациентов в последующем сформировались стриктуры пищевода. По экстренным показаниям оперированы 16 пациентов, в плановом порядке по поводу суб- и декомпенсированных стенозов пилороантрального отдела желудка оперированы 18 пациентов. Четырем пациентам с тотальной стриктурой пищевода выполнена пластика пищевода.

Характер и исход операций при химических ожогах представлен в таблице.

Таблица – Характер и исход операций при химических ожогах

№ п/п	Показания к операции	Виды операции	Количество пациентов	Умерли
1	Перфорация пищевода	Экстирпация пищевода	2	1
2	Перфорация желудка	Резекция желудка Ушивание желудка	3 6	2 3
3	Суб- и декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	Резекция желудка Гастроэнтероанастомоз	7 11	1 -
4	Синдром Эйзельсберга	Гастроэнтероанастомоз. Гастростома	5	-
5	Протяженная высокая стриктура пищевода	Гастростома	62	2
6	Тотальная стриктура пищевода	Тонкокишечная пластика пищевода Толстокишечная пластика пищевода	3 1	- -
Итого:			100	9

283 пациентам, поступившим в клинику с клиническими проявлениями дисфагии I-II-III с рентгенологической картиной кольцевидных и трубчатых стенозов в средней и нижней трети пищевода, выполняли бужирование «вслепую». При невозможности такого бужирования накладывалась гастростома для бужирования без конца. Данными способами удалось разбужировать пищевод до 32-40 номера бужа. После разбуживания пищевода в течение года продолжали поддерживающее бужирование, которое осуществляли повторными поступлениями пациентов в клинику. Осложнения после бужирования «вслепую» в виде перфорации пищевода были у 3 пациентов, при этом на уровне грушевидного синуса

(1) и на уровне нижней трети пищевода (2). Последние срочно оперированы, выполнено ушивание места разрыва с дренированием средостения. Один пациент умер от прогрессирующего медиастинита. Трём пациентам с тотальными стриктурами пищевода выполнена пластика пищевода. Отдаленные результаты (7-8 лет) удовлетворительные.

Выводы:

1. Основным методом лечения ожоговых стриктур пищевода является бужирование, которое должно осуществляться длительное время в течение 1-3 лет.

2. Поддерживающее бужирование должно проводиться в хирургических районных стационарах в течение 1-3 лет.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПА СИНЕРГИЗМА В РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹ Небылова О. М., ¹ Енджиевская А. Г., ² Пирогова Л. А.,
³ Степенкова Д. В., ³ Езепчик Е.П.

¹ Санаторий «Неман-72»

² УО «Гродненский государственный медицинский университет»

³ УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»
Гродно, Беларусь

Введение. В настоящее время одной из значительных медико-социальных проблем признана ведущая патология – дорсопатия.

Основное распространение этого заболевания приходится на пациентов трудоспособного возраста. Течение заболевания осложняется частыми рецидивами и высоким процентом первичной инвалидности.

Патогенетические механизмы болевого синдрома при вертеброгенных заболеваниях нервной системы достаточно сложны. Исследованиями доказано вовлечение в патологический процесс всей цереброспинальной оси соответственно прохождению болевой импульсации. Возникновение болевого ощущения формируется прежде всего под влиянием раздражения синувентрального нерва, при этом раздражаются рецепторы в периферических слоях фиброзного кольца, развивается отек окружающих тканей, возникает рефлекторное натяжение мышц спины, усугубляющее болевой синдром.

Боль, возникающая на «периферии», достигает вышележащих отделов центральной нервной системы, вызывая ряд функциональных расстройств, проявляющихся в форме нарушения обмена биогенных аминов, изменения биоэлектрической активности головного мозга, тонуса мышц и т. д.