

Н.И. БАТВИНКОВ¹, Ю.С. КРОПА², И.А. ШАПЕЛЬ², А.А. СУШКО²,
А.В. ЧЕРНИЙ², В.А. ЗАЙЦЕВ²

ПОВТОРНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОГО ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННАЯ ДВУСТОРОННЕЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ И АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,

Республика Беларусь

В статье представлено клиническое наблюдение повторной перфорации грудного отдела пищевода, осложнившейся двусторонней эмпиемой плевры и абдоминальным синдромом, симулировавшим острый живот. Представляет интерес механизм травмы, которая возникла при проталкивании пациентом комка пищи проволокой. Достигнут хороший результат лечения.

Ключевые слова: перфорация грудного отдела пищевода, эмпиема плевры, оперативное лечение

In the article a clinical case report of the repeated perforation of the chest part of the gullet, which is complicated by bilateral empyema pleurae and abdominal syndrome is presented. The abdominal syndrome manifested as an «acute» abdomen. The mechanism of a trauma which has arisen at pushing of a lump of food by a wire through the narrowing esophageal part by the patient is of interest. The successful result of treatment is received.

Keywords: perforation of the chest part of gullet, emphysema pleurae, surgical treatment

Перфорация пищевода является тяжелым патологическим состоянием, которое обуславливает высокую летальность, достигающую 25–85% [1, 2, 3]. При проведении хирургического вмешательства с целью предотвращения попадания в пищевод слюны и желудочного содержимого предложены различные варианты разобщения непрерывности пищеварительного тракта (эзофагостомы, гастростомы, прошивание и перевязка абдоминального отдела пищевода), которые являются травматичными и требуют в дальнейшем сложных реконструктивных вмешательств [2, 4, 5]. Относительно наложения швов на дефект пищевода существуют различные мнения. Одни авторы считают, что успех может быть достигнут только в течение первых 6 часов с момента травмы, другие его расширяют до 12–18 часов, а третьи перфорационное отверстие ушивают независимо от сроков поступления пациента [5]. В последние годы в литературе имеются сообщения о применении при перфорации пищевода малоинвазивных способов [3]. Однако, несмотря на достигнутые успехи в лечении данной патологии, многие тактические вопросы остаются недостаточно изученными и требуют в каждом конкретном случае дифференцированного подхода. Особенно усугубляется проблема лечения пациентов при

перфорации патологически измененного пищевода на почве химического ожога его, тем более, если повреждение стенки пищевода происходит повторно.

Наше наблюдение

Пациент Ю., 52 года, поступил в районную больницу 6 сентября 2010 г. в 11 часов в тяжелом состоянии с жалобами на острую боль в грудной клетке, одышку. Из анамнеза и медицинских документов установлено, что пациент 14 лет назад перенес химический ожог пищевода, по поводу которого лечился в одной из клиник г. Минска. Во время очередного бужирования произошла перфорация средней трети пищевода, осложнившаяся правосторонней базальной абсцедирующей пневмонией. Лечение ограничилось консервативными мероприятиями, перидически проводилось бужирование пищевода. В последние годы усилились явления дисфагии, стал употреблять только протертую пищу и малые кусочки мяса после тщательного пережевывания. При необходимости он проталкивал комок пищи сконструированным им «бужом» из проволоки. На этот раз при попытке протолкнуть проволокой кусочек мяса пациент почувствовал острую боль в грудной клетке, резко ухудшилось общее состояние (6.09. 2010 г. в

8.00). При поступлении в районную больницу выполнена эзофагограмма с контрастом, диагностирована перфорация грудного отдела пищевода. Для дальнейшего лечения пациент был переведен в Гродненскую областную больницу. Поступил в клинику 6.09. 2010 в 18.10 в тяжелом состоянии, с выраженной одышкой, тахикардией, гипертермией, лихорадкой до 39° С. На представленных рентгенограммах грудной клетки контраст распространяется за пределы пищевода, инфильтрируя средостение и правую плевральную полость.

Установлен диагноз: перфорация грудного отдела пищевода, медиастинит, эмпиема плевры справа.

Экстренная оперативное вмешательство (Н.И. Батвинков) 06.09. 2010 г. в 19.30. Торакотомия справа в 5-м межреберье. В плевральной полости до 600 мл мутной жидкости с примесью фибрина. Медиастинальная плевра отечная, выраженная эмфизема средостения, распространенный спаечный процесс в плевральной полости. После пневмолиза пересечена непарная вена. Отступив 6 см от указанной вены, в области правой латеральной стенки пищевода определяется линейный дефект мышечной оболочки протяженностью 3×1 см с кровоизлияниями и отеком, однако сквозной дефект не выявляется. В связи с этим через трансназальный зонд введен раствор синьки, которая распространилась за пределы пищевода. Медиастинальная плевра широко рассечена и при дальнейшей ревизии установлено наличие дефекта слизистой 1,5×1 см в зоне повреждения мышечной стенки пищевода. Рана последнего ушита двухрядным швом. При этом слизистая оболочка и истонченный мышечный слой ушивались раздельно с укрытием легочной тканью. От наложения шейной эзофагостомы и гастростомы решено было воздержаться, хотя на операционном столе провести трансназально зонд в желудок не представилось возможным. При пункции левой плевральной полости удалено 550 мл мутной жидкости. Торакотомная рана ушита с дренированием средостения и обеих плевральных полостей.

Послеоперационный период протекал крайне тяжело. На следующий день после операции по проводнику был поставлен назогастральный зонд. Находился на ИВЛ с момента операции до 4 октября, т.е. 29 суток. Получал интенсивную антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, парентеральное и зондовое питание.

9.09.2010 г. произведена контрольная рентгенография грудной клетки. Средостение не расширено, снижена пневмотизация легких, отмечаются признаки двухсторонней пневмонии в нижних легочных полях, гидроторакс. 10.09.2010 г. развилось выраженное психомоторное возбуждение с признаками острого психоза, что потребовало мягкой фиксации на длительный срок.

Хорошо известно, что при перфорации пищевода может наблюдаться клиника острых заболеваний органов брюшной полости и пациенты необоснованно подвергаются лапаротомии. В нашем случае в течение двух недель у пациентов отмечалось быстро прогрессирующее резко выраженное вздутие живота при мягкой передней брюшной стенке. Консервативные мероприятия оставались безуспешными, поэтому 27.09. 2010 г. вынуждены были сделать диагностическую лапароскопию, во время которой со стороны брюшной полости патологии не выявлено. Через трое суток вздутие живота исчезло, а 30.09.2010 г. после санирования плевральных полостей удалены дренажи. 04.10.2010 г. пациент был переведен на спонтанное дыхание через трахеостомическую трубку, которая 12.10.2010 г. была удалена. В условиях торакального отделения проводилось лечение пневмонии, санационная бронхоскопия. Пациент принимал обычную пищу, дисфагии не наблюдалось. При повторной эзофагографии поступление контраста в плевральную полость не установлено. Выписан в удовлетворительном состоянии 10.11.2010 г. Через месяц пациент обследован в условиях стационара. Пациент принимает обычную пищу, дисфагии не наблюдается.

Данное наблюдение демонстрирует возможность успешного лечения осложненной повторной перфорации патологически измененного пищевода без дополнительных вмешательств на нем и желудке, что в последующем позволяет избежать очередных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев, М. А. Диагностика и лечение повреждений пищевода / М. А. Алиев, Ш. Жураев, В. А. Потопов. – Алма-Ата, 1991. – 158 с.
2. Случай успешного лечения перфорации пищевода, осложненной эмпиемой плевры / С. М. Лазарев [и др.] // Вестн. хирургии. – 2009. – № 2. – С. 99-100.
3. Проникающие повреждения грудного отдела пищевода: современное состояние проблемы / А. М. Шестюк [и др.] // Новости хирургии. – 2010. – № 3. – С. 129-137.

4. Батвинков, Н. И. Хирургия заболеваний и повреждений пищевода (собственный опыт) / Н. И. Батвинков // Современные технологии в медицине: материалы юбилейной науч.-практ. конф., посвящ. 65-летию Брест. обл. больницы. – Брест, 2009. – С. 272-274.

5. Комаров, Б. Д. Повреждение пищевода / Б. Д. Комаров, Н. Н. Каншин, М. М. Абакумов. – М., 1981. – 175 с.

Адрес для корреспонденции
230029, Республика Беларусь,
г. Гродно, ул. Горького д. 80,
Гродненский государственный
медицинский университет,
кафедра хирургических болезней №1,
тел.моб.: +375 29687-95-24,
тел.раб.: +375 152 41-83-51,
e-mail: Batvinkov@yahoo.com,
Батвинков Н.И.

Поступила 9.03.2011 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Организационный комитет и Правление Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ имеют честь пригласить Вас принять участие в работе XVIII Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», посвященного памяти академика РАМН В.Д. Федорова

Конгресс будет проходить 14–16 сентября 2011 г. по адресу: Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27. ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России.

Программные вопросы

1. Новое в диагностике и лечении хирургических заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы.
2. Повторные операции на печени при злокачественных и незлокачественных очаговых ее поражениях.
3. Повторные реконструктивные операции на поджелудочной железе при хроническом панкреатите.
4. Нерешенные вопросы профилактики, диагностики и лечения постхолецистэктомического синдрома.
5. Секция молодых ученых (в возрасте до 35 лет) “Проблемы диагностики и хирургического лечения заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы”.

Тезисы и регистрация

Тезисы докладов по программным вопросам Конгресса и регистрационную информацию необходимо разместить на сайте Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ по адресу www.hepatoassociation.ru (раздел ПРИЕМ ТЕЗИСОВ).

Начало приема тезисов – 1 декабря 2010 г. Окончание приема – 15 мая 2011 г.

Размещение тезисов докладов на сайте Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ (www.hepatoassociation.ru) является гарантией их включения в сборник материалов Конгресса. Ознакомиться с Программой Конгресса, докладчиками и выступающими в дискуссии можно после 15 мая 2011 г. на сайтах www.hepatoassociation.ru и www.vishnevskogo.ru

Контактная информация

Адрес оргкомитета: 117997, г. Москва, ул. Б. Серпуховская, 27,
тел. 499 236-65-65

Научный оргкомитет – Степанова Ю.А.,
тел. 499 236-41-80, **E-mail:** stepanovaua@mail.ru

Дополнительная информация на сайте: <http://www.vishnevskogo.ru>