

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННЫЕ РАЗВИТИЕМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Татур А. А., Абрамова С. М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Гончаров А. А., Кардис В. И., Попов М. Н., Климович А. Е.

УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Приобретенные трахеопищеводные свищи (ТПС) являются жизненно-угрожающей патологией из-за развития аспирационных гнойно-септических бронхолегочных осложнений и прогрессирующей кахексии. У 5-10 % пациентов причиной развития ТПС являются инородные тела (ИТ) пищевода. В лечебной тактике при ИТ пищевода у взрослых ведущее значение принадлежит их ранней рентген-эндоскопической диагностике и неотложному удалению с использованием гибкой эзофагоскопии. При ТПС, как осложнения пищеводных ИТ, ввиду малочисленности клинических наблюдений и особенностей их развития, необходимо обоснование дифференцированного выбора способа лечения фистул, в конечном результате направленного на стойкое восстановление просвета и функции трахеи и пищевода.

Цель. Анализ особенностей диагностики и лечения ТПС, которые развились в результате фиксации в пищеводе различных ИТ.

Материал и методы. В 1995–2015 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска находилось на лечении 32 пациента с приобретенными ТПС неопухоловой этиологии. У 65,6 % пациентов причиной развития ТПС была интубация трахеи, у 12,5 % – травмы, у 9,4 % – операции и манипуляции. У 4 пациентов (12,5 %), у которых ТПС развились вследствие проглатывания ИТ было проведено комплексное рентген-эндоскопическое обследование и определена индивидуальная хирургическая тактика.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были мужчины в возрасте от 32 до 59 лет, в среднем 41+/-6,3 г. Среди эндоскопически удаленных

из пищевода ИТ были кусок мяса («мясной завал») и куриная кость. При 5-суточной фиксации в пищеводе «конского каштана у двух пациентов, страдающих шизофренией, выполнено их оперативное удаление. У 3 пациентов вследствие перфорации пищевода и трахеи (1) и некроза их стенок (2) развились флегмона шеи и медиастинит, потребовавшие выполнения дренирующих вмешательств. Все ТПС имели овальную форму с дефектами трахеи от 5 мм до 5 см: малый у 1, большой – у 1, гигантский – у 2. Клапанный механизм выявлен у 1 пациента. Длительность ТПС варьировала от 3 суток до 20 лет.

У пациента Б. после удаления при помощи жесткого эзофагоскопа «мясного завала и дренирования глубокой флегмоны шеи слева и верхнезаднего медиастинита на этапе перфорации стенок пищевода и трахеи до развития эпителизации свищевого хода было эффективно консервативное лечение, включавшее антибактериальную терапию и зондовое питание. Через месяц после начала лечения ТПС рентгенодоскопически отмечена репарация дефектов пищевода и трахеи. Развитие эпителизации устьев фистулы и самого свищевого канала у 3 пациентов привело к формированию стойкого ТПС, которое потребовало оперативного разобщения. *У пациента К.* после эндоскопического удаления 20 лет назад куриной кости развился клапанный ТПС, по поводу которого было успешно выполнено степлерное разобщение фистулы по стенке пищевода, ушивание дефекта трахеи с использованием пищеводных тканей свищевого канала и тимотрахеопластика. *У больного Г.* после 5-суточной фиксации в пищеводе каштана развился пролежень его стенки и трахеи, флегмоны шеи. После удаления ИТ и дренирования флегмоны через месяц развился Н-образный ТПС. После наложения гастростомы выполнена рецверикотомия, ушивание трахеального дефекта узловыми швами, фиксация лоскута из грудино-ключично-сосцевидной мышцы к предпозвоночной фасции и ввиду высокого риска несостоятельности швов пищевода была наложена эзофагостома, которая через месяц была закрыта. Гастростома зажила самостоятельно. *У пациента К.* развились пролежень «каштаном» стенки пищевода, глубокая флегмона шеи и нисходящий задний медиастинит, сепсис. Из цервикотомного доступа слева выполнены обструктивная резекция некротически измененного участка (4 см) пищевода с формированием проксимальной эзофагостомы и гастростомы, дренирования паразофагеальной клетчатки и верхнезаднего средостения. На фоне проведения интенсивной терапии развились осложнения: 1) прорезывание кожно-пищеводных швов и дислокация краниального конца пищевода; 2) несостоятельность швов каудального конца пищевода с его реканализацией; 3) некроз мембранозной части трахеи с образованием паратрахеальной гнойной полости, через которую она с обоими концами пищевода; 4) язва 12-перстной кишки, осложненная кровотечением; 5) кахексия с дефицитом массы тела 21,4 % от должной. После перевода в РЦТХ в течение месяца проводилась подготовка, после которой из цервикомедиастинального доступа выполнены мобилизация левой доли щитовидной

железы, тимуса на сосудистой ножке вместе со спаянным с ним участком резецированного перикарда 4x5 см. Дефект мембранозной части трахеи 5x1,5 см. Краниальный конец пищевода освежен и мобилизован до глотки, а каудальный прошит аппаратным швом. Выполнена тимоперикардотрахеопластика. Из лапаротомного доступа без снятия гастростомы мобилизован антиперистальтический колотрансплантат на средней ободочной артерии. После формирования колоколоанастомоза и кологастроанастомоза выполнена заградительная пластика пищевода с наложением колофарингоанастомоза. С учетом сложности и 11 – часовой длительности операции в течение двух суток проводилась ИВЛ. На 4 сутки после операции у пациента клинико-рентгенологически диагностирована ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость. После бронхооптической интубации трахеи с раздуванием манжеты каудальнее зоны трахеопластики выполнена релапаротомия, энтеролиз и закрытая декомпрессия дилатированной тонкой кишки. При ВТБС через месяц после разобщения ТПС просвет трахеи равномерный, в области ее пластики швы состоятельны, грануляций нет, небольшие наложения фибрина. Пациент свободно проглатывает слюну и воду, но вследствие выраженной дезорганизации от приема пищи отказался. Продолжено питание через гастростому, а питье - через рот. На 32 сутки после операции был переведен в психиатрическую клинику. Наш первый опыт применения тимоперикардального лоскута для трахеопластики показал, что, несмотря на относительную сложность выполнения его можно использовать при разобщении гигантских ТПС. В заключение следует подчеркнуть, что лечение пациентов с ТПС вследствие осложненного течения ИТ пищевода должно проводиться только в специализированных центрах, имеющих значительный опыт в реконструктивной и восстановительной хирургии трахеи и пищевода.

Выводы.

1. Хирургическая тактика у пациентов с ИТ пищевода, осложненными ТПС, должна быть дифференцированной с учетом тяжести их общего состояния, длительности существования фистулы, выраженности питательной недостаточности и рентген-эндоскопических параметров фистулы;
2. Неоперативное лечение может быть окончательным при неэпителизированных ТПС длительностью до 1 месяца от их образования;
3. Оптимальным методом хирургического лечения гигантских н-образных ТПС является его радикальное аппаратное разобщение с использованием тканей свищевое канала и васкуляризированного лоскута тимуса;
4. При ТПС с гигантским дефектом трахеи и сообщением с ее просветом краниального и каудального концов пищевода через паратрахеальную фиброзно-грануляционную полость возможно одномоментное выполнение его разобщения с использованием тимоперикардотрахеопластики и заградительной шунтирующей колозофагопластики.