



В. В. Бойко, М. Ю. Сизий,  
В. М. Лихман,  
О. М. Шевченко, І. А. Кулик,  
А. В. Токарєв, С. Ю. Бігяк,  
К. В. Мішеніна

*Харківський національний  
медичний університет*

*ДУ «Інститут загальної  
та невідкладної хірургії  
ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,  
м. Харків*

© Колектив авторів

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОШКОДЖЕННЯМИ СТРАВОХОДУ

**Резюме.** Представлено результати обстеження та лікування 62 хворих, з порушенням цілісності стравохідної стінки різної етіології, а також пацієнтів зі сформованими стравохідними норицями доброякісної та злоякісної природи.

**Ключові слова:** *пошкодження стравоходу, нориці стравоходу, хірургічне лікування.*

### Вступ

Пошкодження стравоходу характеризуються пізньою діагностикою, різноманітністю клінічної картини та високою летальністю [11].

Відсутність єдиної тактики щодо обсягу та методів оперативного лікування хворих з порушенням цілісності стравоходу часто призводить до незадовільних результатів [5].

За сучасними даними частота летальних випадків коливається від 3% до 67% та в середньому становить 19,7% [7, 10].

Етіологічними факторами порушення цілісності стравоходу є: ятрогенні пошкодження, барогенні та гідралічні розриви, перфорації чужорідними тілами, а також внаслідок поранень та закритих травм грудей [2, 8].

Найбільш небезпечним пошкодженням є спонтанний розрив стравоходу, званий ще як синдром Бурхаве [6, 9].

Іншими умовами для розвитку перфорації стравоходу можуть бути: важкий рефлюкс-езофагіт, кандидозна або герпетична інфекції, розпад злоякісної пухлини та хімічні опіки [4, 7].

Етіологічні чинники мають різний характер, але патогенетичні процеси, що відбуваються при порушенні цілісності езофагеальної стінки, досить схожі.

Пошкодження стінки стравоходу веде до потрапляння мікрофлори в параезофагеальну клітковину та розвитку медіастиніту, що є найбільш грізним інфекційним ускладненням [8].

Якщо в минулому травма стравоходу була етіологічним фактором медіастиніту в 35-40% випадків, то зараз пошкодження стравоходу є причиною гнійного запалення медіастинальної клітковини в 67- 84% спостережень [9].

Діагностика та лікування хворих з порушенням цілісності стравоходу залишається одним з актуальних та складних питань сучасної хірургії. Навіть в умовах спеціалізованого відділення діагностика може представляти великі труднощі, а операція нерідко робиться тільки

при розвитку ускладнень - плевриту, емпієми плеври, піопневмоторакс, гнійного медіастиніту [7].

Несвоєчасна діагностика та надання хірургічної допомоги через добу після перфорації стравоходу збільшують число післяопераційних ускладнень в 2,5 рази та в 2 рази зменшують ймовірність успішного результату [3, 8].

Основною проблемою діагностики є неправильна інтерпретація клінічних проявів перфорації стравоходу, що маскуються під маскою інших гострих захворювань грудної та черевної порожнини [2]. Провідну роль в постановці правильного діагнозу відіграють інструментальні методи дослідження. Найбільш інформативними є: контрастна езофагоскопія та спіральна комп'ютерна томографія. Ці методи дозволяють підтвердити діагноз і отримати достовірну інформацію про стан навколишніх тканин та органів [5, 3].

### Матеріали та методи досліджень

Представлені результати обстеження та лікування 62 хворих, які перебували в клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т.Зайцева НАМНУ». Група пацієнтів, включених у дослідження, складалася з хворих з порушенням цілісності стравохідної стінки різної етіології, а також пацієнтів зі сформованими стравохідними норицями доброякісної та злоякісної природи.

До складу досліджуваної групи увійшли 42 (68%) чоловіки із середнім віком 53,5±13,53 року та 20 (32%) жінок із середнім віком 54,4±15,48 року. Вік хворих коливався від 17 до 88 років. Переважна більшість досліджуваних було працездатного віку (20-60 років — 73%).

У віковій групі до 40 років частіше зустрічалися ятрогенні пошкодження та травми (хімічні опіки та поранення), в групі від 40 до 60 років переважали барогенні пошкодження (синдром Бурхаве), а для старшої вікової групи



(після 60 років) були характерні перфорації на тлі неопластичних процесів з формуванням стравохідно-медіастинальних та респіраторних нориць.

#### Результати досліджень та їх обговорення

Вибір методу лікування хворих з ушкодженнями та норицями стравоходу залежав від багатьох факторів: етіології, анатомічної локалізації та ізолюваності пошкодження езофагеальної стінки, інтервалу між порушенням цілісності та надходження хворого в стаціонар, тяжкості стану пацієнта, а також наявності фонових захворювань стравоходу.

Консервативне лікування було проведено 2 хворим. Етіологією пошкодження в цих випадках стала ятрогенна травма. Перфорації розташовувалися в шийному відділі стравоходу та не перевищували 1 см в діаметрі. Пацієнтам була виконана постановка назогастрального зонда, виключено пероральне харчування, розпочато антибактеріальна терапія.

Хворі отримували хірургічне лікування з різними видами оперативних втручань, з яких у 25 (40%) пацієнтів застосовані мінімально інвазійні методи.

Первинний шов на дефект стінки стравоходу виконано 26 (42%) хворим: у 5 (19%) пацієнтів при пошкодженні шийного відділу, у 20 (77%) хворих з розривом внутрішньогрудного відділу та в 1 (4%) випадку при ятрогенних пошкодженнях абдомінального відділу стравоходу. Часовий інтервал між розривом та накладенням первинного шва склав в середньому  $(26,5 \pm 5,13)$  години.

Ускладнений перебіг післяопераційного періоду спостерігався у 20 (77%) хворих, що, як правило, було пов'язано з пізнім виконанням оперативного втручання.

Неспроможність швів стравоходу стала найчастішим ускладненням і виявлена у 13 (50%) пацієнтів, з яких 9 проходили лікування з приводу спонтанного розриву стравоходу, 2 - через пошкодження стінки чужорідним тілом та 2 хворих мали ятрогенне пошкодження.

З ускладнень в групі пацієнтів після ушивання стінки стравоходу зустрілися у 7 (27%) пацієнтів - медіастиніт, у 9 (35%) хворих - емпієма плеври. Летальність в групі хворих після ушивання стінки стравоходу склала 27% (7 осіб). Летальний результат настав в терміні від 5 до 60 днів після пошкодження.

Оперативні втручання в обсязі резекції стравоходу виконані 7 (11%) хворим. Первинна резекція стравоходу виконана 3 хворим зпатологічними змінами стінки стравоходу (протяжна стриктура, ахалазія кардії IV стадії, пухлина стравоходу).

Одномоментна пластика шлунковим трансплантатом була виконана у 1 хворого з огляду на обмежений характер запальних змін клітковини середостіння та задовільного стану плевральних порожнин. Іншими причинами виконання такої агресивної оперативного втручання стали 4 випадки прогресування гнійно-некротичного процесу в середостінні при неефективності раніше проведених заходах. 4 з 7 пацієнтів померло. Решта виписані в середньому на  $(27,7 \pm 9,71)$  добу. Повторна госпіталізація з метою відновлення безперервності травного тракту знадобилася 2 пацієнтам.

Доступом для ентерального харчування стали різні види стом. Гастростомія була виконана 18 (29%) хворим. Найбільш часто застосовували гастростомію за Кадером, в 13 випадках. Підвисна єюностомія проведена 14 хворим: при спонтанному розриві - 10 та ятрогенних пошкодженнях стравоходу - 4.

Відеоторакоскопія була виконана 6 (10%) пацієнтам в діагностичних та лікувальних цілях. Проводилися санації, дренажування середостіння та плевральних порожнин. У 2 випадках виконана декорткація легені на тлі тривало функціонуючої стравохідно-плевральної нориці. У 1 спостереженні вдалося накласти шви на езофагеальну стінку після свіжого ятрогенного пошкодження. У пацієнта спостерігався сприятливий післяопераційний період, виписаний на 12 добу.

Стентування стравоходу виконано 6 пацієнтам с пухлинними норицями, а також 4 хворим з приводу спонтанного розриву та 1 пацієнтові з ятрогенним пошкодженням стравохідної стінки. У всіх випадках зі злоякісними пухлинами вдалося провести роз'єднання норицевих ходів, що було підтверджено протягом першої доби рентген контрастним дослідженням. Застосовували повністю покриті стенти різної довжини та діаметру.

У лікуванні пацієнтів з доброякісними ушкодженнями стравоходу використовували також повністю покриті само розширювальні стравохідні стенти. На відміну від пухлинних нориць невід'ємною умовою для стентування при доброякісних норицях та свіжих розривах, з'явилася надійність фіксації стента в незмінному просвіті стравоходу.

Черезстравохідне дренажування абсцесів середостіння через дефект слизової з'явився ще одним методом ендоскопічного лікування ушкоджень стравоходу. У 2 випадках виконали постановку тонких еластичних зондів через дефект слизової оболонки стравоходу в порожнину абсцесу середостіння та проводили, в першому випадку, проточна-аспіраційне дренажування при туберкульозі стравоходу та лімфозулів середостіння, а в другому, проточ-



на-промивне дренивання при хімічному опіку стравоходу та формуванні абсцесу заднього середостіння. Одування хворих спостерігали в обох випадках, дефекти стінки стравоходу заміщені рубцевою тканиною, епітелізація слизової.

Метод «контрольованих фістул» з успіхом застосовувався, як при лікуванні безпосередньо розривів стравоходу, так і при неспроможності після ушивання стінки стравоходу. Дана методика ґрунтувалася на формуванні штучної нориці за рахунок адекватного дренивання місця розриву за допомогою дренажних трубок та утворенні відокремленого фіброзного каналу, який потім самостійно рубцювався при поступовому вилученні дренажної трубки. Неспроможність швів стінки стравоходу у 8 хворих вдалося лікувати протягом  $(35,3 \pm 7,23)$  доби. Також даний метод показав ефективність при пошкодженні шийного відділу стравоходу чужорідним тілом та ножовим пораненням. У сукупності з іншими ендоскопічними методиками метод «контрольованих фістул» дозволив усунути 3 см лінійний дефект при спонтанному розриві стравоходу протягом 43 дб. Летальних випадків безпосередньо пов'язаних із застосуванням методу не було.

Ушивання стінки стравоходу в ділянці розриву довжиною понад 1,0-2,0 см при стабільному стані хворого та ранньому (до 24 годин) надходженні залишається «золотим стандартом» лікування даної категорії пацієнтів. Накладення швів технічно здійсненна як торакоскопічним, так і відкритим способом, при життєздатній стінці та відсутності тотального дефекту більше половини окружності стравоходу.

При циркулярних пошкодженнях стінки стравоходу вшивали по колу, в інших випадках в поздовжньому напрямку, стежачи за достатністю його просвіту.

Застосування даних методик показано: при ранніх ятрогенних пошкодженнях стравоходу з розміром дефекту стіни не більше 2 см, пізнього надходження хворих (через добу та більше після травми стравоходу), а також у випадках ускладненого перебігу при раніше виконаних оперативних втручаннях, при наявності нерезектабельної пухлини, системних та специфічних захворювань із залученням стінки стравоходу. Також від агресивного оперативного лікування може відмовитися сам хворий або його родичі.

Відеоендохірургічні втручання є альтернативою відкритим оперативним втручанням. При цьому найбільш вдалим місцем докладання даного методу є ушивання стінки стравоходу до розвитку гнійного запалення в паразофагеальній клітковині. Доступом може слу-

жити як плевральна, так і черевна порожнини. Крім накладення швів на стінку виконується санація середостіння та установка дренажів під відео контролем.

Стентування стравоходу стравохідними стентами що самі розширюються - метод, незамінний при розпаді пухлинного процесу середостіння з формуванням стравохідно респіраторних та стравохідно-плевральних сполучень за умови неоперабельності хворого або нерезектабельних пухлини, а також при підготовці до оперативного лікування. Застосування стентування стравоходу при доброякісних пошкодженнях може використовуватись, в яких ушивання стінки стравоходу не показано або ймовірність розвитку неспроможності швів висока.

Використання ендоскопічних кліпс та системи OTSC обмежена технічними аспектами та станом навколишніх тканин навколо перфораційного дефекту. Найкращі результати спостерігаються при ятрогенному характеру пошкодження та своєчасному застосуванні цих методів. Протяжність дефекту стінки стравоходу обмежується 1 - 2 см та залежить від життєздатності навколишніх тканин та надійності герметизації.

Застосування методу через стравохідного дренивання середостіння та обмежених гнійних затікань в паразофагеальній клітковині показано при стабільності хворого та відсутності пошкодження медіастинальної плеври. Головною умовою є адекватність спорожнення сліпої стравохідномедіастинальної нориці. Після очищення порожнини абсцесу можливе застосування методів закриття дефекту стінки стравоходу.

Оцінка віддалених результатів лікування пошкоджень та нориць стравоходу методом мінімально інвазивних втручань дозволяє судити про задовільні результати лікування та збереженні функціональності стравоходу після відновлення цілісності стінки.

В результаті динамічного спостереження пацієнтів, які проходили лікування з приводу ушкоджень та нориць стравоходу, вдалося відстежити наслідки та ускладнення після операційного періоду у 25 (40%) хворих. Решта пацієнти не були включені в дослідження через відмову від подальшого спостереження. Результати проведеного лікування залежали від обраної тактики та перебігу післяопераційного періоду.

Найбільш сприятливі наслідки зустрілися при контрольному обстеженні в групі пацієнтів, які перенесли ушивання стравоходу та неускладнений післяопераційний перебіг. Так приєзофагоскопії у 8 (32%) хворих через рік сформувався лінійний поздовжній рубець,

не спричинив зменшення діаметра просвіту стравоходу. Слизова в місці розриву мала нормальну будову. Хворі соціально орієнтовані, обмежень у фізичному плані не відзначали. З скарг в 50% випадків протягом півроку після операції відзначався виражений больовий синдром, порушення травлення спостерігалося у 2 хворих.

Стриктур стравоходу виявлена протягом першого року у 3 хворих, що в одному випадку було пов'язано з тривалим стоянням стравохідного стента, а у 2 хворих з формуванням стриктур в зоні езофагогастроанастомоза.

Стриктур трахеї була діагностовано у 3 хворих в ранньому післяопераційному періоді, що було пов'язано в першу чергу з особливостями оперативного лікування, а саме, застосуванням пластики трахеї. У цих випадках великі дефекти заміщувалися черевцем кивально-го м'язу. В процесі епітелізації застосовували раннє бужування, що дозволило уникнути стійких та ригідних звужень трахеї.

Тривале існування стравохідно-плеврального сполучення з формуванням хронічної емпієми плеври зустрілося в 2 випадках. Причиною формування нориці стравоходу стала в обох спостереженнях неспроможність швів стравоходу та підтримання запального процесу в місці дефекту за рахунок постійного закидання шлункового соку та слини.

Тракційні дивертикули сформувалися у 3 пацієнтів, яких застосовано лікування методом «контрольованих фістул». Причиною формування випинання стінки стравоходу є рубецько формується з щільної сполучної тканини в місці стояння дренажу. Значуще

клінічне значення дивертикули набувають при великих розмірах та формування дивертикулітів.

Троє хворих після проведення резекції стравоходу в період від 2 до 5 місяців отримали 2 етап лікування у вигляді езофагогастропластики.

У прогностичному відношенні гірше становище займали пацієнти з пухлинними норицями стравоходу. Їх тривалість життя залежала безпосередньо від онкологічного процесу і, як правило, не перевищувала 8 місяців. Тому головне значення в паліативному лікуванні таких пацієнтів направлено на поліпшення якості життя.

Вважаємо найбільш відповідним лікуванням таких пацієнтів - це стентування стравоходу покритими стентами та при необхідності дренування вогнищ гнійного розплавлення. Збільшення тривалості життя пацієнтів, яким була виконана установка стентів, ми пов'язуємо з меншими післяопераційними ускладненнями, найкращим психофізіологічним станом та адекватним надходженням поживних речовин природним шляхом.

Таким чином, комплексний підхід із застосуванням мінімально інвазивної хірургії травм стравоходу стала кращим підходом в багатьох установках, однак її роль в діагностиці та лікуванні перфорації вимагає подальшого клінічного дослідження. Але вже на сьогоднішній день з упевненістю можна сказати, що стравохідна ендоскопія та відеоендохірургія зайняла свою нішу в лікуванні даної патології та дозволяє скоротити терміни лікування, ступінь інвалідизації пацієнтів та зменшити летальність.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Значение спиральной компьютерной томографии в диагностике осложнений механического повреждения пищевода / Т. Г. Бармина [и др.] // *Russ. electron. j. radiol.* – 2013. – № 4 (3). – С. 45–51.
2. Особенности хирургического лечения травм пищевода у больных старческого возраста / С.А. Теремов [и др.] // *Наблюдения из практики* – 2011. – № 3 (8). – С. 177–179.
3. Шестюк А.М. Современные подходы к лечению повреждений грудного отдела пищевода / А. М. Шестюк // *Новости хирургии.* – 2010. – № 1 (18). – С. 30–36.
4. Akram J. Treatment of foreign body impaction sin oesophagus / J. Akram [etal.] // *Ugeskr. Laeger.* – 2013. – № 10 (175). – P. 640–643.
5. Biancari F. Current treatment and outcome of esophageal perforations in adults: Systematic review and meta-analysis of 75 studies / F. Biancari [etal.] // *World j. surg.* – 2013. – № 5 (37). – P. 1051–1059.
6. Boeckelvan P.G. Systematic review: temporary stentplacement for benign rupture or anastomotic leak of the oesophagus / P.G. van Boeckel, A. Sijbring, F.P. Vleggaar, P.D. Siersema // *Aliment. pharmacol. ther.* – 2011. – № 12 (33). – P. 1292–1301.
7. Graciano A.J. Esophageal perforation inclosed neck trauma / A.J. Graciano, A.M. Schner, C.A. Fischer // *Braz. j. otorhinolaryngol.* – 2013. – № 1 (79). – P. 121–121.
8. Hasimoto C.N. Efficacy of surgical versus conservative treatment in esophageal perforation: a systematic review of case series studies / C.N. Hasimoto [etal.] // *Acta cir. bras.* – 2013. – № 4 (28). – P. 266–271.
9. Mennigen R. Novel treatment options for perforations of the upper gastrointestinal tract: Endoscopic vacuum therapy and over-the-scope clips / R. Mennigen, N. Senninger, M. G. Laukoetter // *World j. gastroenterol.* – 2014. – № 24 (20). – P. 7767–7776.
10. Sepesi B. Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies / B. Sepesi, D. P. Raymond, J.H. Peters // *Curr. opin. gastroenterol.* – 2010. – № 4 (26). – P. 379–383.





ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ С  
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ  
ПИЩЕВОДА

*V. V. Boyko, M. Yu. Sizy,*  
*V. M. Lychman,*  
*A. M. Shevchenko, I. A. Kulik,*  
*A. V. Tokarev, S. Yu. Bityak,*  
*E. V. Meshenina*

**Резюме.** Представлены результаты обследования и лечения 62 больных с нарушением целостности пищеводной стенки различной этиологии, а также пациентов со сформированным свищем доброкачественной и злокачественной природы.

**Ключевые слова:** повреждение пищевода, свищи пищевода, хирургическое лечение.

TACTICS OF TREATING  
PATIENTS WITH  
GASTROINTESTINAL  
DAMAGE

*V. V. Boyko, M. Yu. Sizy,*  
*V. M. Lichman,*  
*A. M. Shevchenko,*  
*I. A. Kulik, A. V. Tokarev,*  
*S. Yu. Bityak, K. V. Meshenina*

**Summary.** The results of the examination and treatment of 62 patients, with violation of the integrity of the esophageal wall of different etiology, as well as patients with prevalent, benign and malignant esophageal fistulas, are presented.

**Key words:** oesophageal damage, ovarian fistula, surgical treatment.