

Розриви стравоходу, медіастиніт – індивідуальний підхід у лікуванні

V. M. KACHMAR

Volyn Regional Clinical Hospital

DAMAGES OF THE ESOPHAGEUS AND MEDIASTINITES – INDIVIDUAL APPROACH TO TREATMENT

Розриви стравоходу травматичного або спонтанного генезу із можливим розвитком медіастиніту – це ті діагнози, які потребують невідкладного хірургічного втручання з не менш відповідальним веденням післяопераційного періоду. Враховуючи локалізацію розриву стравоходу, а також медіастиніту, операційне втручання виконується з відповідних найбільш прийнятних хірургічних доступів: для шийного відділу – цервікотомія, грудного відділу – як правило, бокова торакотомія, нижньогрудного та абдомінального – верхньосередина лапаротомія з сагітальною діафрагматомією. Але основним етапом операції при розриві стравоходу є по можливості ушивання дефекту стравоходу, адекватне дренивання середостіння, налагодження зондового харчування або через гастростому. Це незаперечні аксіоми, які дають шанс на успішне лікування вищевказаної патології. Але паралельно зі стандартами лікування є і індивідуальний підхід у лікуванні хворого. Наводимо 2 клінічних випадки, де при лікуванні було відійдено від вищеописаних догм у лікуванні даної патології.

Хворий М., 1938 р. н., госпіталізований у торакальне відділення обласної лікарні 26.07.2002 р. з діагнозом: сторонне тіло (кісточка аличі) нижньої третини стравоходу.

У 1989 році мав місце хімічний опік стравоходу і шлунка, з приводу чого було проведено резекцію шлунка за Б-II і накладено гастростому. Останнім часом харчується через рот, гастростома закрилась. 25.07.2002 р. випив компоту і вдавився кісточкою аличі. При госпіталізації: скарги на непроходження їжі по стравоходу, зригування. 25.07.2002 р. ФЕГскопія – на відстані 38–40 см від різців виявлено сторонне тіло – кісточка на фоні рубцевого звуження стравоходу. Видалити кісточку не вдалось. 26.07.2002 р. – піднаркотно езофагоскопія тубусом №10 – починаючи з 38 см

від різців – рубцеве звуження, далі тубусом пройти не вдалось. 27.07.2002 р. повторна ФЕГскопія – на відстані 38–40 см від різців виявлено сторонне тіло – кісточку. При спробі видалення у хворого виник біль в епігастрії і за грудниною, з'явилась підшкірна емфізема шкіри і обличчя. Обстеження припинено. Виконано ургентну Ro-гр ОГП – легені повністю розправлені, емфізема середостіння. В зв'язку з напруженою емфіземою середостіння і шиї хворому було проведено над'ярмне дренивання переднього середостіння. Ro-гр – контрастне дослідження стравоходу не було виконано через несправність апаратури. Враховуючи вищеописану клініку, запідозрено ятрогенну перфорацію стравоходу, вколочене сторонне тіло (кісточка аличі) нижньої третини стравоходу. В ургентному порядку проведено операцію: верхньосередина лапаротомію, гастротомію, екстракцію стороннього тіла фіброгастроскопом, гастростомію за Кадером з проведенням зонда через гастростому в тонкий кишечник для харчування, дренивання піддіафрагмального простору. Особливості операції: верхній поверх черевної порожнини повністю в цупких злуках. Після виділення шлунка і передньої стінки абдомінального відділу стравоходу фібрину, слини не виявлено. Виконано гастротомію передньої стінки шлунка. Ревізія пальцем через гастротомію: кінчиком пальця пальпується кісточка аличі зразу ж за кардією. Численні спроби дістати сторонне тіло фіброгастроскопом на операційному столі не вдалились. Тому було введено фіброгастроскоп ретроградно через шлунок у стравохід, але зразу ж за кардією стравохід рубцево звужений, пройти далі не вдалось, але вдалось проштовхнути кісточку аличі в стравохід вище звуження. Фіброгастроскопом per os кісточку видалено. З рани шлунка сформовано гастростому за Кадером, через яку проведено тонкий зонд у тонку кишку для

харчування. Через сильний злуковий процес задренувати черезхітально середостіння не вдалось. Поставлено дренажі: спереду стравоходу, під лівий купол діафрагми і в малий таз. У післяопераційному періоді проводили харчування через зонд гастростоми в тонкому кишечнику, інфузійну і антибактеріальну терапії. 01.08.2002 р. дренажі забрані. 05.08.2002 р. підвищилась температура тіла, мала місце слабкість. 08.08.2002 р. – погіршення стану, сильна слабкість, підвищення температури тіла за 38 °С.

КТ ОГП 08.08.2002 р.: справа парамедіастинально випіт із горизонтальним рівнем. 08.08.2002 р. проведено дренивання правої плевральної порожнини в VIII міжребер'ї по лопатковій лінії – отримано 150 мл густого гною.

У результаті лікування поступово стан поліпшився, нормалізувалась температура тіла, хворий зміцнів. 21.08.2002 р. хворий виписаний на амбулаторне лікування. У подальшому емпієму санували, дренаж був забраний, пізніше видалено гастростому, хворий почав харчуватися *per os*.

У вищеприписаному випадку під час операції не вдалось задренувати середостіння, оскільки останнє було склерозоване попереднім хімічним опіком стравоходу, і тому медіастиніт як такий не розвинувся, а виникла обмежена емпієма плеври.

Хворий, Г., 1960 р. н., госпіталізований в торакальне відділення 11.07.2003 р. При госпіталізації – біль в правій половині грудної клітки, задишка, слабкість, підвищення температури тіла. Хворіє більше тижня, коли після зловживання алкоголем пив холодну воду і багато працював. З'явилися біль у правій половині грудної клітки, животі, підвищена температура тіла, блювання. Спочатку лікувався амбулаторно, потім був госпіталізований у хірургічне відділення центральної районної лікарні, де було запідозрено перфоративну виразку шлунка і було виконано лапаротомію. Перфоративна виразка не підтвердилась. Через 4 дні діагностовано правобічну емпієму плеври, консультовано торакальним хірургом, поставлено плевральний дренаж і хворого було переведено в торакальне відділення обласної лікарні. При госпіталізації по плевральному дренажу за добу виділяється до 300 мл гнійного ексудату із запахом та осадом, незначний викид повітря. Після прийняття в торакальне відділення відзначено, що кількість ексудату через дренаж значно збільшилась після приймання їжі. Хворого

взято в перев'язочну, при промиванні емпієми виявлено подрібнені шматочки їжі – помідорів, які з'їв напередодні. При ковтанні синьки – остання в дренажі не з'явилась. На Ro-гр ОГП тінь середостіння не розширена, рентгеноконтрастне дослідження не проведено через несправність апарата. І все ж таки, враховуючи анамнез – блювання, біль, емпієму плеври, наявність домішків їжі в ексудаті у хворого запідозрено спонтанний розрив нижньої третини стравоходу, але, очевидно, невеликий, оскільки не було емпієми середостіння і явищ медіастиніту – на Ro-гр ОГП – тінь середостіння не розширена. З моменту розриву стравоходу минуло 8 днів. Хворому поставлено зонд у шлунок для харчування. На Ro-гр ОГП від 14.07.2003 р. – справа спереду рівень рідини по III ребро, права легеня частково колабована. 14.07.2003 р. поставлено плевральний дренаж у IV міжребер'ї справа по середньоключичній лінії, виділилось до 300 мл гною з неприємним запахом і повітря. Дренажі під'єднано на активну аспірацію. В подальшому проводили промивання плевральних дренажів антисептиками, зондове харчування, антибактеріальну і дезінтоксикаційну терапії. Поступово емпієму санували, легеня розправилась, нормалізувалась температура тіла. 01.08.2003 р. розпочато харчування *per os*. 03.08.2003 р. дренажі забрано. 10.08.2003 р. хворого виписано в задовільному стані.

У вищенаведених випадках при перфораціях стравоходу ятрогенного і спонтанного генезу медіастиніт як такий з ряду причин не виник, а розвинулась емпієма плеври, яка була здренована і було налагоджене зондове харчування. Вищеприписані заходи, а також антибактеріальна й інфузійна терапії привели до видужання обох хворих.

Ще в одному випадку у хворого з одонтогенною флегмоною шиї після розкриття останньої виникла заплата гною в переднє середостіння майже до мечоподібного відростка груднини, що було підтверджено контрастуванням дренажів на шиї. Дренування переднього середостіння було проведено через резекцію мечоподібного відростка. У подальшому хворий видужав.

Спільним і водночас особливим у вищенаведених випадках був індивідуальний підхід до розкриття гнояка, відмінний від стандартних операційних втручань при медіастиніті, що не заперечує основного постулату гнійної хірургії – *ubi pus ibi incisio*.

Отримано 21.01.16