

# ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

УДК 616.329—001—089—053.9

Поступила 10.09.2010 г.



**С.А. Теремов**, к.м.н., старший ординатор хирургического отделения<sup>1</sup>;  
**В.П. Градусов**, зав. хирургическим отделением<sup>1</sup>;  
**В.П. Козлова**, зав. отделением анестезиологии и реанимации<sup>1</sup>;  
**А.Б. Кузнецов**, ординатор отделения анестезиологии и реанимации<sup>1</sup>;  
**В.В. Паршиков**, д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева<sup>2</sup>;  
**Р.В. Романов**, к.м.н., ординатор хирургического отделения<sup>1</sup>;  
**А.И. Ротков**, к.м.н., ординатор хирургического отделения<sup>1</sup>;  
**В.Г. Фирсова**, к.м.н., ординатор хирургического отделения<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Городская больница №35, Н. Новгород;

<sup>2</sup>Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Приводится клиническое наблюдение успешного лечения тяжелой формы медиастинита, вызванного травмой задней стенки пищевода при эзофагоскопии, у больного старческого возраста на основе активной хирургической тактики и современных методов антибактериальной и противовоспалительной терапии.

**Ключевые слова:** медиастинит, инородное тело, эзофагоскопия, адекватное дренирование.

## English

### The peculiarities of surgical treatment of esophageal injury in patients of old age

**S.A. Teremov**, PhD, Senior PhD, Resident of the Department of Surgery<sup>1</sup>;  
**V.P. Gradusov**, Head of the Department of Surgery<sup>1</sup>;  
**V.P. Kozlova**, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation<sup>1</sup>;  
**A.B. Kuznetsov**, Resident of the Department of Anesthesiology and Resuscitation<sup>1</sup>;  
**V.V. Parshikov**, D.Med.Sc., Professor, the Department of Hospital Surgery named after B.A. Korolyov<sup>2</sup>;  
**R.V. Romanov**, PhD, Resident of the Department of Surgery<sup>1</sup>;  
**A.I. Rotkov**, PhD, Resident of the Department of Surgery<sup>1</sup>;  
**V.G. Firsova**, PhD, Resident of the Department of Surgery<sup>1</sup>

<sup>1</sup>City Hospital No.35, Nizhny Novgorod;

<sup>2</sup>Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

There has been presented clinical observation of successful treatment of severe mediastinitis caused by the trauma of the posterior esophageal wall in esophagoscopy, in patients of old age based on invasive surgical approach and present-day methods of antibacterial and anti-inflammatory therapy.

**Key words:** mediastinitis, foreign body, esophagoscopy, adequate drain.

Для контактов: Теремов Сергей Анатольевич, тел. раб. 8(831)436-41-51; e-mail: tesian@ninodom.ru.

Повреждения глотки и пищевода чаще всего обусловлены инородными телами, застревающими в грушевидном синусе или начальном отделе пищевода. Причинами повреждений могут быть и разнообразные инструментальные манипуляции, выполняемые в этой области. Если в прошлом травма пищевода как этиологический фактор медиастинита прослеживалась у 35—45% больных, то в настоящее время — в 67—84% наблюдений [1, 2].

Опасность проникающих повреждений пищевода заключается прежде всего в быстро прогрессирующем гнойном воспалении околопищеводной клетчатки. Характерной особенностью гнойного медиастинита является быстрая и многократная смена лидирующей микрофлоры вследствие постоянного поступления все новых порций инфицированного содержимого полости рта из просвета пищевода в средостение. Эта форма генерализованной хирургической инфекции продолжает оставаться одной из самых тяжелых, хотя в лечении медиастинита достигнуты определенные успехи.

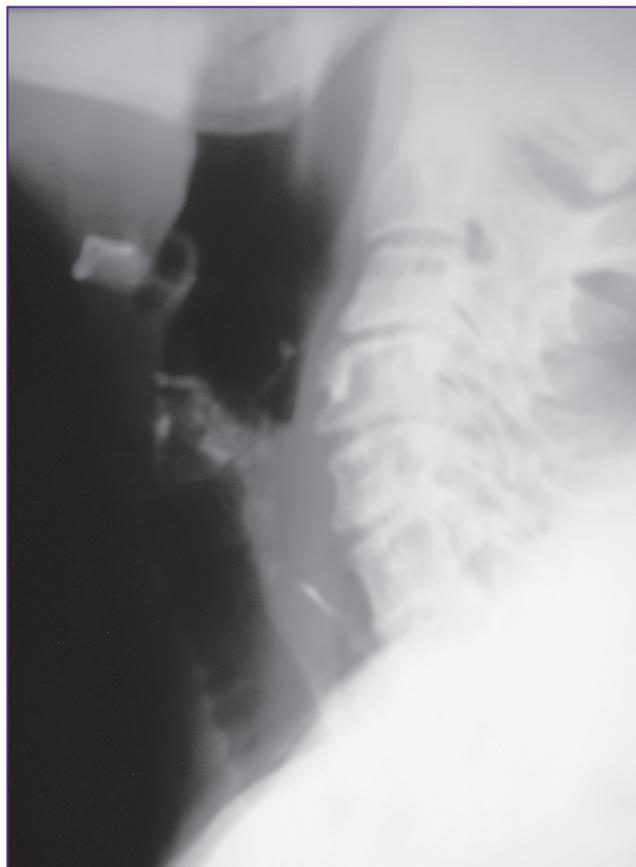
Ведущая роль в лечении гнойного медиастинита принадлежит хирургическому вмешательству, обеспечивающему адекватное дренирование гнойных очагов средостения. Особенно тяжело медиастинит протекает у пациентов пожилого и старческого возраста.

Приводим клиническое наблюдение.

*Больная К. 85 лет поступила в ЛОР-отделение больницы №35 29.06.2008 г. с жалобами на боли в горле, затруднение глотания. Анамнез: 29.06 около 13:00 подавилась мясной костью. При поступлении состояние оценивалось как средней тяжести. Пульс — 82 в минуту, аритмичный, АД — 150/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, чистые, аритмичные. В легких аускультативно — дыхание везикулярное. Живот при пальпации — мягкий, безболезненный. При осмотре гортаноглотки патология не определена. На рентгенограмме шейного отдела (см. рисунок) выявлена тень инородного тела на уровне  $C_{VI}$  размером около 2 см, тень пищевода расширена, воздуха нет.  $Hb$  — 142 г/л;  $le.$  —  $11,2 \cdot 10^9/л$ . При пальпации отмечается резкая болезненность в левой половине шеи. Крепитация не определяется. Диагноз: «инородное тело пищевода». Сопутствующие диагнозы: «ИБС. Артериальная гипертензия. Инвалид II группы по ИБС».*

*При эзофагоскопии обнаружена мясная кость во входе в пищевод. Операция выполнена в 16:15 29.06 под интубационным наркозом, кость извлечена. Однако при эзофагоскопии произошла травма слизистой оболочки задней стенки пищевода. Зонд не устанавливался.*

*В ближайшем периоде после эзофагоскопии состояние больной резко ухудшилось: в 22:00 29.06 появился и стал быстро нарастать отек шеи, появилась дисфония, усилились боли в левой половине шеи. Диагностирована травма пищевода с последующим развитием посттравматического медиастинита. В 23:00 выполнена операция: под интубационным наркозом левосторонним шейным доступом кнутри от грудино-ключично-сосцевидной мышцы обнажено предпозвоночное клетчаточное пространство; под давлением из раны стал поступать воздух. Выделилось около*



Рентгенограмма шейного отдела. Тень инородного тела

*100 мл серозно-гнойного экссудата с геморрагическим оттенком. При ревизии выявлен линейный разрыв задней стенки проксимальной трети пищевода длиной 20 мм. С учетом выраженного отека, гиперемии, болезненности при пальпации шеи справа выполнена передняя шейная медиастинотомия справа — отделяемого и газа не обнаружено. Под контролем зрения в желудок установлен назогастральный зонд. Раны промыты антисептиком, дренированы турундами с левомеколем. 30.06 в 13:40 большая экстубирована. В послеоперационном периоде проводилась массивная антибактериальная терапия, включающая тиенам по 1 г 2 раза в сутки, парентеральное и энтеральное питание, перевязки. Воспалительные явления в ране значительно уменьшились, она стала очищаться. Но 07.07 появились выделения воздуха при глубоком дыхании из раны на шее слева. На перевязке выявлен дефект левой заднебоковой стенки трахеи на уровне VI шейного позвонка, связанный, по-видимому, с расплавлением бесхрящеватого участка стенки трахеи вследствие гнойного воспалительного процесса. На фоне проводимого лечения 27.07 трахеальный свищ закрылся, раны зажили вторичным натяжением. 29.07 удален назогастральный зонд.*

*30.07 пациентка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Анализы при выписке:  $Hb$  — 121 г/л;  $le.$  —  $5,8 \cdot 10^9/л$ ;  $СОЭ$  — 34 мм/ч.*

При грубом проведении инструмента разрыв обычно происходит в области входа в пищевод, где между

косыми и циркулярными волокнами нижнего сжимателя глотки имеется дивертикулоподобное выпячивание. Инструментальные повреждения шейного отдела пищевода нередко сопровождаются образованием ложного хода, ведущего в клетчатку средостения или плевральную полость с последующим быстрым развитием заднего гнойного медиастинита или пневмоторакса при эзофагоскопии.

Во всех установленных случаях проникающих повреждений пищевода и при медиастинитах травматического происхождения необходимы раннее оперативное вмешательство, заключающееся в шейной медиастинотомии, и решение вопроса о дальнейшей тактике вмешательства. Выбор метода хирургического лечения перфораций шейного отдела пищевода зависит от

времени обнаружения осложнения. Ушивание перфоративного отверстия пищевода возможно при отсутствии местных гнойно-некротических воспалительных явлений на ранних сроках с момента травмы. Во всех случаях операцию следует завершать надежным дренированием очага воспаления и установкой назогастрального зонда для энтерального питания. В качестве антибактериальной терапии преимущество следует отдавать карбапенемам.

#### Литература

1. *Фельдман А.И.* Болезни пищевода. М: Медгиз; 1949.
2. *Абакумов М.М.* Гнойный медиастинит. Хирургия 2004; 5: 73—78.