Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Реферат на тему:**

**Эндоскопическое лечение эзофагоплевральных свищей вакуумной терапией**

 Выполнил: Аргаткин И.С
 Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова О.В.

Красноярск, 2022

**Содержание**

1. Определение, актуальность проблемы
2. Этиология.
3. Клиническая картина.
4. Методика установки системы
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. **Актуальность**

В настоящее время лечение эзофагоплевральных свищей — многогранная проблема, решение которой возможно лишь объединенными усилиями мультидисциплинарной команды, зачастую объединяющей хирургов, онкологов, фтизиатров, эндоскопистов, реаниматологов. Открытые доступы, эндовидеохирургические подходы и эндоскопические методики лечения эзофагоплевральных фистул различной этиологии имеют свои преимущества, недостатки, ограничения и осложнения.

Впервые термин вакуум-ассистированное закрытие — Vaccum Asissted Сlosure (VAC) — прозвучал в компании Kinetis Concepts, которая стала первопроходцем в производстве профессионального оборудования для лечения отрицательным давлением. С 1990-х гг. ХХ века вакуумная терапия ран — широко распространенный метод лечения инфицированных ран. Разрежение, передаваемое через специальную пористую губку, позволяет очистить рану от раневого отделяемого, уменьшает отек, стимулирует микроциркуляцию и рост грануляций, способствует уменьшению раневой полости. К настоящему времени во многих странах накопился достаточный опыт применения эндоскопической вакуумной терапии различных состояний, заболеваний, осложнений[1].

1. **Причины возникновение дефектов стенки пищевода**

Повреждения пищевода при эндоскопических исследованиях регистрируются у 6–80 пациентов на 1000 манипуляций, возникающие при этом перфорации приводят к летальному исходу 9 – 48% больных . Синдром Boerhaave – редкое заболевание, которое регистрируется в 1 случае на 53 000 госпитализированных в стационар, летальность колеблется от 30 до 85%, чаще возникают у мужчин старше 50 лет [4]. При этом у 40% пациентов разрыв происходит из-за рвоты вследствие злоупотребления алкоголем. Непосредственной причиной разрыва служит внезапное повышение давления внутри пищевода при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере в сочетании с отрицательным внутригрудным давлением, что встречается при интенсивной рвоте после обильного приема пищи, жидкости, алкоголя, булемии, рвоте центрального генеза (вследствие нарушения функционирования рвотного центра), повышении внутрижелудочного и внутрипищеводного давления из-за подъема тяжестей [4]. Изменения стенки пищевода, особенно ее мышечного слоя (лекарственный эзофагит, пептическая язва пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, инфекционные язвы у больных со СПИДом), могут служить предрасполагающим фактором этого заболевания. Большинство авторов, изучающих результаты лечения больных с ранними послеоперационными осложнениями после гастрэктомии, считают самым грозным из них – несостоятельность швов пищеводно-тонкокишечного анастомоза. В основе развития данного осложнения лежит совокупность причин, основной из которых следует считать нарушение хирургической техники при формировании анастомоза. Кроме этого, частота возникновения НША зависит от таких факторов, как выбор вида шва и шовного материала, степень загрязнения операционной раны и травматизации тканей, точность сопоставления краев стенок органа и др. Все эти факторы могут оказывать влияние на степень нарушения микроциркуляции ткани и микробную проницаемость в области соустья[2,3].

1. **Клиника**

Классическую картину дефектов стенки пищевода можно описать триадой Маклера: рвота съеденной пищей (у части пациентов в рвотных массах присутствует примесь крови), подкожная эмфизема в шейно-грудной области вследствие скопления воздуха в подкожной жировой клетчатке, сильная режущая боль в грудной клетке (реже в области живота), внезапно возникающая в момент приступа рвоты (может напоминать боль при язве желудка и двенадцатиперстной кишки), которая может иррадиировать в левое надплечье и левую поясничную область и нарастает при глотании. Как правило, при данном заболевании происходит образование больших дефектов стенки пищевода (от 4–5 до 10–12 см). Чаще всего (в 90%) разрывы локализуются в нижнегрудном отделе пищевода. В подавляющем большинстве наблюдений разрывы пищевода ориентированы продольно и локализуются в его наиболее слабом отделе — непосредственно над диафрагмой (на 3–6 см выше ее). Редко встречаются повреждения шейного, среднегрудного и абдоминального отделов пищевода. Из-за того, что величина разрыва мышечной оболочки всегда превышает величину дефекта слизистой оболочки, часто происходит повреждение медиастинальной плевры и сопровождается развитием эмпиемы плевры[6].

1. **Методика установки системы**

В основе методики лежит принцип вакуумной терапии, который хорошо себя зарекомендовал в лечении гнойных ран. За счет постоянного вакуума, распределенного по поверхности раны через поролоновую губку, улучшается кровоснабжение раны, убираются токсические продукты, значительно ускоряется рост тканей. Данная вакуумная терапия возможна и внутри просвета желудочно-кишечного тракта. Используется одноразовая вакуумная система (дренаж), которая приготовлена следующим образом. Поролоновая губка с размером пор 700–1500 мкм оборачивается вокруг полипропиленовой трубки диаметром 3–6 мм умеренной жесткости с несколькими отверстиями на дистальном конце. Губка фиксируется к трубке несколькими прошивающими лигатурами с формированием петельки (для удобства захвата эндоскопическими щипцами). В итоге моделируется и формируется губка в форме цилиндра 1,5–3 см в диаметре и диной 5–10 см с трубкой в центре для подачи вакуума . Установка вакуумного дренажа проводилась под интубационным наркозом. Проведение губки в пищевод происходило сначала с применением ручного пособия или ларингоскопического клинка для преодоления глоточно-пищеводного перехода. Дальнейшее продвижение губки происходило с помощью проталкивания дренажа к месту установки. Уровень установки вакуумного дренажа контролировался гибким эндоскопом, введенным параллельно (при необходимости коррекции губки возможно применение эндоскопических щипцов). При небольших и линейных дефектах губка устанавливалась в просвете пищевода на уровне дефекта с перекрытием губкой краев дефекта минимум в 2–3 см. Так же для точности установки системы можно использовать рентген, в самом начале губку смачивают R- контрастом, а длину дефекта помечаем (снаружи, приклеивая на кожу иглы от шприца ). Свободный конец вакуумного дренажа выводился через носовой ход. При больших дефектах со сформированной полостью губка устанавливалась внутри полости с поэтапным перемещением в просвет по мере уменьшения полости в процессе заживления. По дренажу через аппарат Боброва производился централизованный непрерывный вакуум с отрицательным давлением в 125 мм рт.ст. Губка вакуумного дренажа меняетсяь через 3–4 сут. При отсутствии гастростомы для проведения энтерального питания в дистальные отделы ДПК или желудок параллельно вакуумному дренажу заранее устанавливался зонд для питания, который, как нами замечено, не мешает работе вакуума. Это связано с тем, что при таком отрицательном давлении происходит достаточно плотное смыкание стенок пищевода выше и ниже губки, что не позволяет проникать желудочному содержимому и слюне в вакуумную систему[7].

1. **Выводы**

1. Методика эндоскопической вакуумной терапии безопасна, достаточно эффективна и малобюджетна. Её можно применять в условиях специализированных стационаров и районных больниц. 2. Применение данной методики позволяет существенно уменьшить риск развития тяжёлых гнойных осложнений при перфорациях пищевода, а также с минимальным риском для жизни больного купировать воспалительный процесс в условиях развивающегося сепсиса, когда объёмное хирургическое вмешательство может спровоцировать септический шок, что часто приводит к развитию негативного исхода заболевания. 3. Эффективность и органосохраняющий подход данного метода позволяют минимизировать количество обширных и многоэтапных реконструктивных операций, а самое главное, сохранить пищевод, что определяет дальнейшее качество жизни пациента.

**Литература**

1. ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ/Русанов Д.С/ЖУРНАЛ-[Медицина и организация здравоохранения](https://cyberleninka.ru/journal/n/meditsina-i-organizatsiya-zdravoohraneniya)/2021г
2. М.И. Долгоруков [и др.] Диагностика и лечение ятрогенной и криминальной травмы пищевода /Вестн. хирургии. – 2001. – № 6. – С. 46-50
3. Арсютов В.П., Арсютов О.В. Биологическая герметичность пищеводно-кишечных соустий. Вестник Чувашского Университета. 2012; 3: 293–5.
4. Hill A. G., Tiu A. T., Martin I. G. Boerhaave’s syndrome: 10 years experience and review of the literature // A. N. Z. J. Surg. 2003. Vol. 73, № 12. Р. 1008–1010
5. Тимербулатов Ш. В., Тимербулатов В. М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Эндоскоп. хир. 2009. № 6. С. 48–50
6. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БУРХАВЕ/Ю. В. Чикинев, Е. А. Дробязгин/«Вестник хирургии» 2015
7. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОНИКАЮЩИМИ ДЕФЕКТАМИ СТЕНКИ ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВАКУУМНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ/2016 / [Инновационная медицина Кубани](https://cyberleninka.ru/journal/n/innovatsionnaya-meditsina-kubani)/Кулиш П.А., Попов А.Ю