



Ранняя диагностика является основным фактором успешного лечения ранений глотки и пищевода. По сведениям J. Kendall и соавт. [26], при выявлении повреждений пищевода позже 12 ч после получения травмы летальность возрастает с 11 до 17%. По данным M. Bladergroen и соавт. [27], первичный шов пищевода в течение 24 ч после получения травмы способствует выздоровлению в 92% наблюдений. В то же время ушивание раны пищевода после 24 ч уменьшает вероятность выздоровления до 67%.

В последнее время российское здравоохранение придерживается стратегии доступности специализированной медицинской помощи населению. Однако в силу объективных и субъективных факторов основная масса раненных в шею доставляется скорой медицинской помощью в ближайший дежурный хирургический стационар, в большинстве случаев не имеющий в своей бригаде узкоспециализированных дежурных врачей (сосудистых хирургов, оториноларингологов и т. д.), что, в свою очередь, приводит к диагностическим ошибкам при ранениях данной области.

На данный момент дискуссионными остаются ряд важных вопросов диагностики и лечения пациентов с ранениями шеи: выбор тактики ведения пострадавших (применение выжидательной тактики при появлении первых симптомов либо выполнение эксплоративной ревизии раны, несмотря на видимое благополучие у пострадавших); выбор метода временной остановки кровотечения при повреждениях крупных сосудистых структур. В отношении первого вопроса не существует никаких разногласий касательно показаний к выполнению неотложных и срочных операций при профузном кровотечении, других достоверных признаках ранения сосудов. Сложнее принять тактическое решение в отношении раненных, поступающих в лечебные учреждения со стабильными показателями гемодинамики и без четкой клинической картины повреждения внутренних структур шеи. В решении этого вопроса хирургическая общественность разделилась на два лагеря: первые считают возможным применение прицельно-прицизионной тактики после проведения обширного диагностического комплекса [28]. Вторые выбирают тактику проведения обязательной эксплоративной расширенной ревизии структур шеи без выполнения дополнительных инструментальных исследований [1, 20]. Так, А. А. Завражнов (2005) считает, что показанием для проведения эксплоративной ревизии внутренних структур шеи при ограниченных диагностических возможностях лечебных учреждений являются глубокие слепые, сквозные диаметральные и трансцервикальные огнестрельные и неогнестрельные ранения II зоны. Раненым с локализацией ран в I и (или) III зонах

шеи без симптоматики повреждения сосудистых и органных образований целесообразно провести рентгенологическую и эндоскопическую диагностику и оперировать только по факту выявления инструментальных признаков повреждения внутренних структур [28]. М. М. Абакумов (2013) на опыте лечения 452 пациентов в НИИ скорой помощи им. Н. Ф. Склифосовского утверждает обратное, отсутствие активного профузного кровотечения и других жизнеугрожающих состояний не должно отодвигать хирурга от активной хирургической тактики в отношении эксплоративной колотомии. «Относительно высокий процент (30,1%) глубоких ранений, не сопровождавшийся повреждением жизненно важных органов и сосудов шеи, не должен являться основанием для отказа от активной хирургической тактики, ибо ценой такого отказа может быть человеческая жизнь» [1].

Если состояние пострадавших позволяет выполнить дооперационное обследование (имеются стабильная гемодинамика, эффективный временный гемостаз, отсутствуют нарушения дыхания), то следует прибегнуть к обзорной рентгенографии шеи и грудной клетки, исследованию глотки и пищевода с взвесью сульфата бария, а при подозрении на повреждение сосудов – к ангиографии. Обзорная рентгенография шеи позволяет обнаружить эмфизему паратрахеальной и параэзофагеальной клетчатки и межмышечных пространств при повреждении полых органов. Обзорная рентгенография грудной клетки позволяет исключить или установить наличие гемопневмоторакса и гематомы средостения вследствие ранения, проникающего в плевральную полость или средостение. Исследование пищевода с сульфатом бария позволяет своевременно диагностировать повреждение глотки и пищевода [20].

Помощь больным в тяжелом состоянии должна заключаться прежде всего в восстановлении проходимости дыхательных путей, остановке кровотечения и противошоковых мероприятиях.

По неотложным показаниям оперируют раненных с кровотечением, асфиксией, усугубляющейся неврологической симптоматикой (нарушение сознания, афазия, симптом Горнера, гемипарез или гемиплегия). Без проведения дополнительных исследований также оперируют больных с клиническими симптомами повреждения кровеносных сосудов и полых органов шеи при стабильных показателях гемодинамики, дыхания и функций центральной нервной системы [15].

Все хирургические вмешательства на сосудах и полых органах шеи следует проводить под эндотрахеальным наркозом. Оптимальным доступом к глотке и шейному отделу пищевода является разрез по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы (продольная колотомия по