



В. А. Мартинюк<sup>1</sup>, П. П. Шипулин<sup>2</sup>, В. И. Байдан<sup>1</sup>, С. Д. Поляк<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Одесский национальный медицинский университет

<sup>2</sup> Одесская областная клиническая больница

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

**Цель работы** — охарактеризовать клиническую картину спонтанного разрыва нижней трети пищевода (СРНТП), его дифференциальную диагностику с другими заболеваниями и представить оптимальную хирургическую тактику у пациентов с данной патологией.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения СРНТП. Описаны этапы оперативного вмешательства, возможные осложнения и сроки их возникновения на опыте лечения 17 пациентов с данной патологией, профилактика послеоперационных осложнений.

**Результаты и обсуждение.** Продолжительность лечения пациентов при благоприятном исходе составляет около 1,5 мес. Удовлетворительные и хорошие результаты достигнуты в 59 % случаев. Летальность составила 41,2 %.

**Выводы.** Диагностику и лечение СРНТП необходимо проводить в многопрофильном учреждении, так как в послеоперационный период примерно в половине случаев возникают осложнения, которые могут потребовать дополнительных оперативных вмешательств. В диагностике СРНТП центральное место отводят рентгенологическому методу исследования. Во время хирургического вмешательства необходимо выполнить временное лигирование пищевода и изоляцию зоны разрыва. Летальность при СРНТП составляет 41,2 %. Ее причинами чаще всего являются гнойно-септические осложнения (в 29,4 % случаев) и эрозивные кровотечения (в 11,8 %).

■

**Ключевые слова:** спонтанный разрыв пищевода, медиастинит, сепсис.

Спонтанный разрыв нижней трети пищевода (СРНТП), упоминающийся в литературе также под названием «синдром Боэрхаве» или «банкетный пищевод», является хирургической проблемой. Причиной СРНТП чаще всего бывает резкое повышение внутрипищеводного давления при неукротимой рвоте после переиздания. Впервые данный синдром был описан профессором Лейденского медицинского университета Германом Боэрхаве (Herman Boerhaave) в 1724 г.

Тенденции к снижению частоты выявления данной патологии нет. Особенности клинического течения СРНТП и схожесть его с другой патологией часто вызывают трудности с диагностикой у хирургов общей практики. Наша клиника имеет небольшой опыт лечения таких больных.

**Цель работы** — охарактеризовать клиническую картину спонтанного разрыва нижней трети пищевода, его дифференциальную диагностику с

другими заболеваниями и представить оптимальную хирургическую тактику у пациентов с данной патологией.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 1982 по 2012 г. в отделении торакальной хирургии прошли лечение 17 больных с СРНТП. Мужчин было 15, женщин — 2. Возраст больных — от 56 до 76 лет. Сроки госпитализации и время оперативного вмешательства — от 2 ч до 7 суток с момента разрыва пищевода.

Клиническая картина СРНТП достаточно характерна: выраженная дисфагия, боли в горле, спине или за грудиной. Также возможна иррадиация боли в эпигастрий; умеренно выраженная подкожная эмфизема в области шеи, появляющаяся, как правило, через несколько часов после СРНТП.

Данные симптомы пациенты, как правило, связывали с приемом пищи, многократной неу-

кротимой рвотой. При разрыве только абдоминального отдела пищевода клиническая картина не отличается от такой при перфоративной язве.

Обследование больных должно быть проведено в кратчайшие сроки и обязательно включать рентгенографию органов грудной клетки и пищевода с водорастворимым контрастом, ЭКГ, общеклинические и биохимические исследования, бактериологическое исследование крови.

Во время рентгенографии, как правило, удается определить разрыв пищевода и затек контрастного вещества в околопищеводную клетчатку, средостение, а также в плевральную или брюшную полость.

Оперативное лечение должно быть выполнено как можно скорее после разрыва, который сразу приводит к развитию медиастинита, а спустя 24 ч — к развитию сепсиса. При прорыве содержимого в плевральную полость развивается острая эмпиема плевры, в брюшную полость — разлитой перитонит.

Оперативное пособие по поводу СРНТП заключается в следующем: торакотомия в VII межреберье слева, широкая медиастинотомия, выделение пищевода (рис. 1). Дефект пищевода ушивают двухрядным швом.

Оперативное лечение обязательно дополняют широким дренированием средостения и плевральной полости двухпросветными дренажами, лигированием пищевода выше и ниже места разрыва рассасывающимися нитями («Викрил-1—2») (рис. 2) с последующим накатыванием дна желудка на место ушивания пищевода (гастропексия) и его фиксации в окне диафрагмы (рис. 3). Операцию заканчивают наложением гастростомы по Штамму — Кадеру.

При разрыве абдоминального отдела пищевода операцию выполняют через лапаротомный доступ. Дополнительно проводят санацию и дренирование брюшной полости, как при перитоните. Дренирование левой плевральной полости выполняют при наличии плеврита.

В послеоперационный период проводят терапию антибиотиками резерва (имипенем, цефтазедим, амикоцин, «Метрогил»), проточно-аспирационное дренирование средостения и плевральной полости, назначают ингибиторы секреции (октрестатин), раннее энтеральное питание белково-углеводными смесями (через 72 ч после операции), анаболики, проводят контрольную рентгеноскопию пищевода в динамике, инфузию белковых препаратов, мониторинг посевов из полостей и средостения, коррекцию антибиотикотерапии в зависимости от чувствительности, назначают противогрибковые препараты.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Ушивание пищевода выполняли атравматическими нитями (PDS 3—0) на толстом желудочном зонде во всех случаях независимо от сроков СРНТП. При возникновении несостоятельности

швов пищевода (около 47 % случаев) проводили дополнительную санацию зоны несостоятельности. Несостоятельность швов зависела от срока операции с момента разрыва и возраста пациента.

СРНТП всегда происходит со стороны просвета органа. Поэтому после локализации перфорации выполняли рассечение адвентиции и мышечной стенки пищевода выше и ниже выявленного

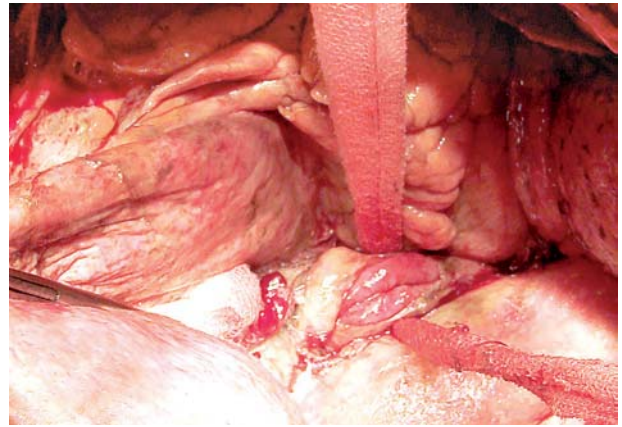


Рис. 1. Спонтанный разрыв нижней трети пищевода

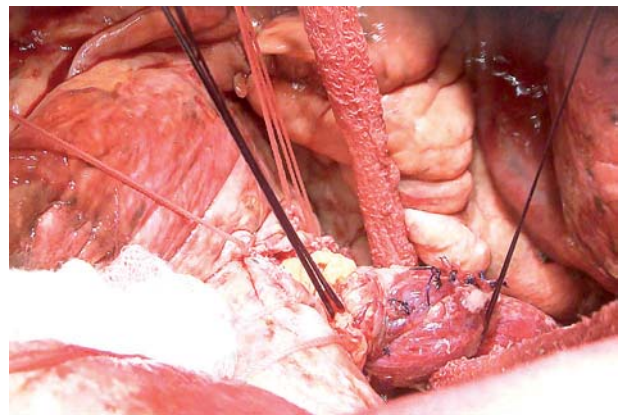


Рис. 2. Ушивание разрыва пищевода и лигирование его нитями «Викрил»

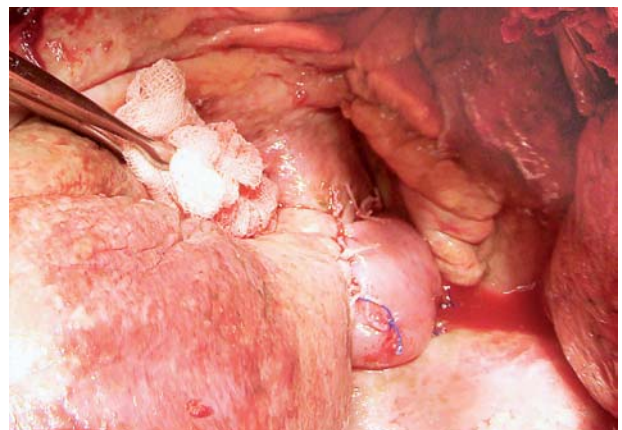


Рис. 3. Укрепление места разрыва дном желудка

дефекта до обнаружения краев разрыва слизистой оболочки, которые, как правило, значительно больше. Слизистую и подслизистую оболочки ушивали узловым швом, затем выполняли водную пробу на герметичность. Мышечную и адвентициальную оболочки ушивали вторым рядом узловых швов. Водную пробу следует обязательно выполнять после наложения первого ряда швов, при отсутствии герметичности необходимо дополнительно укрепить слизистую оболочку.

Лигирование пищевода рассасывающимися нитями позволяет выиграть время для очищения средостения и заживления пищевода. На 18–21-е сутки после лигирования происходит постепенное рассасывание викриловых нитей и начинается частичная реканализация пищевода, за которой может последовать как полное заживление пищевода, так и формирование пищеводно-плевроторакального свища. Одним из благоприятных исходов хирургического лечения является рубцовый стеноз нижней трети пищевода, наблюдавшийся в 1 случае и потребовавший в последующем нескольких сеансов. При этом отмечен микроразрыв пищевода в зоне стеноза, устраненный консервативными мероприятиями.

Мы разделяем мнение других авторов о том, что при любой локализации разрыва в послеоперационный период необходимо наладить проточно-аспирационное дренирование средостения, а при необходимости — и плевральной полости. Этого достигают путем постоянного капельного введения раствора антисептика в один из дренажей и активного удаления по другим [2, 4–6, 8, 10]. Данное мероприятие позволяет санировать средостение, постоянно удалять некротические массы, остатки пищи, а в случае несостоятельности — слюну и желудочный сок. Последнее имеет большое значение для профилактики развития эрозивных кровотечений из прилежащих крупных сосудов.

Медикаментозное лечение заключалось в применении антибиотиков широкого спектра действия, дезинтоксикационной терапии, кардиотропных препаратов, ингибиторов ферментов. Учитывая высокий риск развития гнойно-септических осложнений и сепсиса, рекомендуем

назначать одновременно 2–3 антибиотика, один из них обязательно из группы имипенема, и «Метрогил». В дальнейшем антибактериальную терапию проводили в соответствии с результатами посевов на чувствительность к антибиотикам.

К возможным осложнениям СРНТП относим несостоятельность швов пищевода, которая напрямую зависит от сроков оперативного лечения после разрыва; острую эмпиему плевры, формирование пищеводно-плевральных свищей, эрозивное кровотечение, сепсис, нагноение послеоперационных ран.

Особое значение имеет профилактика эрозивных кровотечений из крупных сосудов, которые могут возникнуть на 3–4-й неделе послеоперационного периода. С этой целью мы применяли проточно-аспирационное дренирование средостения, большие дозы аскорбиновой кислоты, анаболики, белковые препараты. Продолжительность лечения больных при благоприятном исходе составляла в среднем 1,5 мес.

Летальность составила 41,2% (7 пациентов). Причинами летальных исходов были гнойно-септические осложнения — у 5 (29,4%) больных и эрозивные кровотечения из крупных сосудов — у 2 (11,8%).

#### ВЫВОДЫ

Диагностика и лечение спонтанного разрыва нижней трети пищевода являются сложной задачей и должны проводиться только в многопрофильном учреждении, так как в послеоперационный период в 47% случаев возникают осложнения, которые могут потребовать дополнительных оперативных вмешательств.

В диагностике спонтанного разрыва нижней трети пищевода центральное место отводят рентгенологическому методу исследования.

Во время хирургического вмешательства необходимо проводить временное лигирование пищевода и изоляцию зоны разрыва.

Летальность при спонтанном разрыве нижней трети пищевода составляет 41,2%. Ее причинами чаще всего являются гнойно-септические осложнения (в 29,4% случаев) и эрозивные кровотечения (в 11,8%).

#### Литература

1. Гешелин С. А., Карликов С. Н. Спонтанные разрывы и прободения пищевода // Клин. хирургия. — 1975. — № 11. — С. 75–77.
2. Завгороднев С. В., Корниенко В. И., Пашков В. Г. и др. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидропневмотораксом, эмпиемой плевры и бронхиальным свищом // Хирургия. — 2007. — № 4. — С. 54–56.
3. Мартинюк В. А., Шипулин П. П., Байдан В. И. и др. Хирургическое лечение разрыва пищевода различной локализации // Клин. хирургия. — 2008. — № 10. — С. 7–9.
4. Мирошников Б. И., Лабазанов М. М., Ананьев Н. В. и др. Спонтанный разрыв пищевода // Вестн. хирургии. — 1998. — Т. 157, № 2. — С. 74–76.
5. Погодина А. Н., Абакумов М. М. Механические проникающие повреждения пищевода // Хирургия. — 1998. — № 10. — С. 20–24.
6. Сардак В. Г. Спонтанные разрывы пищевода // Вестн. хирургии. — 1983. — № 4. — С. 75–78.

7. Bahait V. S., Sandur V., Muruges M. et al. Spontaneous esophageal perforation in a patient with achalasia caria and rheumatoid arthritis // *Ind. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 25, N 3. — P. 160—161.
8. Johnsson E., Lundell L., Liedman B. Sealing of esophageal perforation or ruptures with expandable metallic stents: a prospective controlled study on treatment efficacy and limitations // *Dis. Esophagus.* — 2005. — Vol. 18, N 4. — P. 262—266.
9. Matsuda A., Miyshita M., Sasjima K. et al. Boerhaave syndrome treated conservatively following early endoscopic diagnosis: a case report // *J. Nippon Med. Sch.* — 2006. — Vol. 73, N 6. — P. 341—345.
10. Pilling J., Goldstraw P. Spontaneous oesophageal rupture // *Br. J. Hosp. Med. (Lond).* — 2007. — Vol. 68, N 12. — P. 202—205.
11. Tsalis K., Vasiliadis K., Tsachalis T. et al. Management of Boerhaave's syndrome: Report of three cases // *J. Gastrointest. Liver Dis.* — 2008. — Vol. 17, N 1. — P. 81—85.

**В. А. Мартинюк<sup>1</sup>, П. П. Шипулін<sup>2</sup>, В. І. Байдан<sup>1</sup>, С. Д. Поляк<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет

<sup>2</sup>Одеська обласна клінічна лікарня

## ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ РОЗРИВІВ НИЖНЬОЇ ТРЕТИНИ СТРАВОХОДУ

**Мета роботи** — охарактеризувати клінічну картину спонтанного розриву нижньої третини стравоходу (СРНТС), його диференційну діагностику з іншими захворюваннями та представити оптимальну хірургічну тактику в пацієнтів з цією патологією.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано результати хірургічного лікування СРНТС, описано етапи оперативного втручання, можливі ускладнення і терміни їх виникнення на досвіді лікування 17 пацієнтів з цією патологією, профілактику післяопераційних ускладнень.

**Результати та обговорення.** Тривалість лікування пацієнтів у разі сприятливого наслідку становить близько 1,5 міс. Задовільних і добрих результатів досягнуто у 59 % випадків. Летальність становила 41,2 %.

**Висновки.** Діагностику та лікування СРНТС слід проводити у багатопрофільній установі, оскільки в післяопераційний період майже у половині випадків виникають ускладнення, які можуть потребувати проведення додаткових оперативних втручань. У діагностиці СРНТС центральне місце відводять рентгенологічному методу дослідження. Під час хірургічного втручання необхідно виконати тимчасове лігування стравоходу та ізоляцію зони розриву. Летальність при СРНТС становить 41,2 %. Її причинами найчастіше є гнійно-септичні ускладнення (у 29,4 % випадків) та ерозивні кровотечі (в 11,8 %).

**Ключові слова:** спонтанний розрив стравоходу, медіастиніт, сепсис.

**V. A. Martyniuk<sup>1</sup>, P. P. Shipulin<sup>2</sup>, V. I. Baydan<sup>1</sup>, S. D. Polyak<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Odesa National Medical University

<sup>2</sup>Odesa Regional Clinical Hospital

## SURGICAL TACTICS FOR ESOPHAGUS SPONTANEOUS RUPTURES IN THE DISTAL THIRD

**The aim** — to describe the clinical presentation of esophagus spontaneous rupture in distal third (ESRDT), its differential diagnosis and to provide optimal surgical approach in patients with this disease.

**Materials and methods.** Results of ESRDT surgical treatment was analyzed, the surgery stages, complications and timing of their appearance on the 17 patients' data base, prevention of postoperative complications are described.

**Results and discussion.** Treatment duration for patients in the favorable outcome case was about 1.5 months. Satisfactory and good results were achieved in 59 % of cases. Mortality rate was 41.2 %.

**Conclusions.** ESRDT diagnosis and treatment should be carried out in multidisciplinary institution, as in the postoperative period in almost half of the cases the complications may require additional surgery. radiological method of study play the central role in the ESRDT temporary ligation of esophageal rupture area and isolation should be performed during surgery. Mortality rate for ESRDT is 41.2 %. Its causes are often pyoseptic complications (in 29.4 % of cases) and erosive bleeding (11.8 %).

**Key words:** spontaneous rupture of the esophagus, mediastinitis, sepsis.