



Я.С. Березницкий, А.В. Белов,
В.В. Васильченко

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ГУ «Днепропетровская
медицинская академия
МЗ Украины»

© Я.С. Березницкий, А.В. Белов,
В.В. Васильченко

Резюме. Представлен анализ результатов лечения 5 больных с синдромом Бюэрхааве (спонтанный разрыв пищевода). Рассмотрены проблемы диагностики различных вариантов течения заболевания. Оценены методы хирургического лечения заболевания и его осложнений. В 4 случаях проведено оперативное лечение, которое включало торакотомия, зашивание раны пищевода и дренирование средостения и плевральной полости. В одном случае проведено консервативное лечение. Сроки госпитализации у оперированных больных составили $39,2 \pm 10,8$ дня, без операции 132 дня. Послеоперационная летальность составила 20 %.

Ключевые слова: спонтанный разрыв пищевода, оперативное лечение, ушивание пищевода

Введение

Спонтанный разрыв пищевода (СРП) патология достаточно редкая в структуре контингента, не только хирургического отделения, но и специализированных торакальных центров, что обуславливает высокую частоту ошибок и, как следствие, высокую летальность при данной патологии – 33,3-42,1 % [1, 5, 6, 7]. Среди всех перфораций пищевода синдром Бюэрхааве (СРП) встречается в 2-3 % случаев. Впервые клиника синдрома была описана голландским врачом Н. Воегхааве в 1724 году, а выздоровление больного было достигнуто только в 1911 году, когда Sencert ушил пищевод через лапаротомный доступ. Причиной спонтанного разрыва пищевода считается внезапное резкое повышение давления чаще всего возникающего при рвоте, при наличии спазма глоточно-пищеводного сфинктера. Реже связывают развитие клиники со значительной физической нагрузкой при подъеме тяжестей. Возникает разрыв левой или задне-левой стенки пищевода в наддиафрагмальном отделе. Некоторые авторы связывают разрыв пищевода с линейными разрывами при синдроме Мелори-Вейса [2, 3, 4].

Классическая картина клинических проявлений заболевания представлена триадой Маклера: рвота в анамнезе, после которой возникает боль в груди и подкожная эмфизема в надключичных областях и на шее [3, 7]. Однако такую клиническую картину сопровождают ряд симптомов, которые в некоторых случаях превалируют и, тем самым, маскируют клинику заболевания: кинжальная боль в эпигастриальной области иногда иррадирующая в спину, резкая одышка, падение артериального давления. В результате клиника СРП проходит под масками перфорации язвы, спонтанного пневмоторакса или пневмогемоторакса. Разнообразие клинических проявлений этой

патологии обуславливает большое количество диагностических ошибок, что приводит к необоснованным оперативным вмешательствам, позднему началу адекватных хирургических мероприятий и, как следствие, неудовлетворительным результатам лечения.

Цель исследования

Обобщить собственный опыт ведения больных с СРП с целью улучшения диагностики и результатов лечения данной редкой патологии.

Материалы и методы исследования

С 2005 года в областном торакальном отделении 16 городской клинической больницы г. Днепропетровска находилось на лечении 5 больных с диагнозом спонтанный разрыв пищевода. Все больные были мужчинами в возрасте от 22 до 66 лет, средний возраст составил $45,8 \pm 7,7$ лет. В 4-х случаях (80 %) больные были жителями области и получили первичное обследование и лечение в других лечебных учреждениях, а затем переведены в торакальное отделение. Один больной направлен лечебным учреждением г. Днепропетровска. Полнота обследования была различной и заключалась в проведении обзорной рентгенографии органов грудной клетки, контрастном исследовании пищевода. Двум больным до поступления в торакальное отделение была выполнена лапаротомия по поводу подозрения на перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки.

При поступлении в торакальное отделение больным проводилось urgentное оперативное лечение в объеме торакотомии (в 4 случаях), ушивания пищевода, дренирования средостения и плевральной полости. Трех из оперированных больных были наложены гастростомы. В одном случае торакотомия предвзвешивала торакоцентез слева по поводу гемопневмоторакса,



возникшего на фоне поднятия тяжести больным. После чего была выполнена торакотомия в связи с появлением желудочного содержимого в плевральной полости.

Результаты исследований и их обсуждение

Поступившие больные в 4-х случаях (80 %) связывали начало заболевания с рвотой, после которой появилась боль. В одном (20 %) случае внезапная боль появилась после поднятия тяжести больным.

Симптом боли варьировал у больных от резкой кинжальной боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину и за грудину – 60 % случаев (3-е больных), до болей локализованных непосредственно в грудной клетке и сопровождающихся выраженной дыхательной недостаточностью (40 % случаев). Подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки сопровождала развитие клиники у 3-х больных.

Один больной поступил через 7 суток с момента появления рвоты и боли в грудной клетке, с клиникой эмпиемы плевры, которая маскировала проявления повреждения пищевода при отсутствии каких-либо симптомов медиастинита. Разрыв пищевода был установлен после санации плевральной полости и обнаружения в отделяемом съеденной пищи.

При рентгенологическом исследовании в 2-х (40 %) случаях были выявлены признаки острого медиастинита, в 2-х пневмогидроторакса без изменения средостения и в одном случае расширение средостения сочеталось с пневмогидротораксом.

Ургентная ФЭГДС больным не выполнялась в связи с развитием, на момент поступления в отделение острого медиастинита и риска увеличения распространенности процесса. В случаях, когда больные поступали с явлениями пневмоторакса, разрыв пищевода был установлен клинически. В послеоперационном периоде для контроля состояния пищевода всем больным проводилась эзофагоскопия и эзофагография. При контрольных эндоскопических исследованиях ни в одном случае не наблюдалась патология слизистой желудка.

Таким образом, из 5 больных только один (20 %) поступил в торакальное отделение с первичным диагнозом спонтанный разрыв пищевода. Двум больным (40 %) в ЦРБ были произведены лопаротомии по поводу подозрений на перфоративную язву и только после этого были выявлены разрывы пищевода. Двое больных (40 %) госпитализированы в торакальное отделение первичными диагнозами гемопневмоторакс и острая эмпиема плевры.

Оперативное лечение было выполнено 4 больным: 3 больным (75 %) в течении первых суток от начала заболевания, в одном случае через 4 суток по мере установления диагноза

в хирургическом отделении ЦРБ. Объем операции заключался в левосторонней боковой торакотомии, ушивании разрыва пищевода двурядным швом с подкреплением линии шва лоскутом париетальной плевры, дренировании пищевода и левой плевральной полости. Ни в одном случае не было выявлено каких-либо изменений в стенке пищевода, которые могли бы стать поводом для разрыва в этом участке. Трём больным с явлениями медиастинита и прогнозируемой несостоятельностью швов пищевода для питания наложена гастростома по Штамм-Кадеру. В одном случае при отсутствии инфильтрации средостения и гноя в нём для питания был проведен зонд в двенадцатиперстную кишку. Мы придерживаемся мнения, что независимо от времени возникновения разрыва пищевода необходимо производить ушивание, что позволяет предотвратить попадание содержимого пищевода в средостение и начать его эффективную санацию и антибактериальное лечение [1, 2, 5]. В случае, когда клиника разрыва пищевода маскировалась эмпиемой плевры, больному был установлен назогастральный зонд.

В послеоперационном периоде больные получали комбинацию двух антибиотиков, санацию средостения и плевральной полости растворами антисептиков, проводилась активная аспирация, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

В послеоперационном периоде у всех больных были явления медиастинита сочетающегося с левосторонней эмпиемой плевры, в одном случае с серозным выпотом и в правой плевральной полости. У 75 % больных на 5-6 (5,3±0,6) сутки послеоперационного периода развилась несостоятельность швов пищевода. Что рентгенологически проявлялось появлением пневмогидроторакса (2 случая) и затеком желудочного содержимого (1 случай). После чего проводилось контрастное исследование пищевода. Эти осложнения были прогнозируемые. Поэтому в ходе оперативного лечения были проведены мероприятия направленные на их лечение в послеоперационном периоде (дренирование плевральной полости и средостения из двух-трех точек, гастростомия). В одном случае из-за заброса содержимого желудка в средостение была выполнена повторная гастростомия с частичной фундопликацией.

Четверо больных (80 %) были выписаны из отделения с выздоровлением, включая больного, которому торакотомия и ушивание пищевода не проводилось. Один больной на 19 суток после операции был переведен в хирургическое отделение ЦРБ по месту жительства по настоянию родственников с клиникой острой ограниченной эмпиемы плевры, где,



в последствии, умер от гнойно-септических осложнений.

Таким образом, больные провели в отделении от 20 до 132 суток, а средний койко-день для оперированных больных составил $39,2 \pm 10,8$, не оперированный больной провел в отделении 132 дня, а итоговая летальность составила 20 %.

Выводы

Все рассмотренные случаи СРП не сопровождались предшествующей патологией нижнегрудного отдела пищевода и изменениями слизистой желудка.

Активная хирургическая тактика ведения больных со спонтанным разрывом пищевода ведет к сокращению сроков пребывания больного в стационаре, а следовательно и затрат на его лечение.

Время, прошедшее со времени разрыва пищевода до проведения хирургического лечения, не должно влиять на сокращение объема хирургической помощи и вызывать отказ от ушивания разрыва стенки пищевода.

Хирургические методы лечения спонтанного разрыва пищевода направлены на предотвращение попадания содержимого желудочно-кишечного тракта в клетчатку средостения, его адекватного дренирования и санации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выбор хирургической тактики при лечении разрывов пищевода / В. А. Мартинюк, П. П. Шипулин, В. И. Байдан [и др.] // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми торакальної хірургії», 21-22 жовтня, 2010 р. – Кіровоград, 2010. – Вип. 1, ч. 1. – С. 57-58.

2. Комплексное хирургическое лечение синдрома Бурхав / В. В. Ганжий, В. И. Перцов, О. Ю. Моряк [и др.] // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми торакальної хірургії», 21-22 жовтня, 2010 р. – Кіровоград, 2010. – Вип. 1, ч. 1. – С. 25-27.

3. Сеферовский П. Е. Спонтанный разрыв пищевода / П.Е. Сеферовский, И.Б. Воронежский // Хирургия. – 1975. – № 6. – С. 131-132.

4. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидронефротаксом, эмпиемой плевры и бронхиальным

свищом / С. В. Завгороднев, В. И. Корниенко, В. Г. Пашков [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – М. : Медиа Сфера, 2007. – № 4. – С. 54-56.

5. Спонтанный разрыв пищевода / В. М. Тиммербулатов, М. А. Нартайлаков, А. М. Авзалетдинов, Ш. В. Тиммербулатов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – № 2. – С. 34-37.

6. Погодина А. Н. Спонтанные и гидравлические разрывы пищевода / А. Н. Погодина // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – Воронеж: Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко, 2007. – № 29. – С. 59-62.

7. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода / А. Ф. Черноусов, П. М. Богомольский, Ф. С. Чурбанов // Руководство для врачей. – М. : Медицина, 2000 – 341 с.

СПОНТАННИЙ РОЗРИВ СТРАВОХОДУ – ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

**Я.С. Березницький, А.В. Білов,
В.В. Васильченко**

Резюме. Представлено аналіз результатів лікування 5 хворих з синдромом Боєрхааве (спонтанний розрив стравоходу). Розглянуті проблеми діагностики різних варіантів перебігу захворювання. Оцінені методи хірургічного лікування захворювання і його ускладнень. У 4 випадках проведено оперативне лікування, яке включало торакотомію, зашивання рани стравоходу і дренивання середостіння і плевральної порожнини. У одному випадку проведено консервативне лікування. Терміни госпіталізації у оперованих хворих склали $39,2 \pm 10,8$ доби, без операції 132 доби. Післяопераційна летальність складала 20 %.

Ключові слова: спонтанний розрив стравоходу, оперативне лікування, ушивання стравоходу.

SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE – DIAGNOSTICS AND TREATMENT.

**Ya.S.Bereznitsky, A.V.Below,
V.V.Vasilchenko**

Summary. The authors analyze the results of treatment in 5 patients with Boerhaaves syndrome (spontaneous esophageal rupture). Problems of diagnostics of various variants of current of disease are surveyed. Methods of surgical treatment of disease and its complications are estimated. In 4 cases operative treatment which included a thoracotomy, esophagorhaphy and a drainage of a mediastinum and a pleural cavity is lead. In 1 case conservative treatment is lead. Terms of hospitalization at the operated patients have made $39,2 \pm 10,8$ day, without operation 132 days. Postoperative mortality was 20 %.

Key words: a spontaneous esophageal rupture, a operative treatment, esophagorhaphy.