



А. Ю. Усенко,
А. С. Лаврик,
Б. Б. Мовчан,
Б. Н. Кондратенко,
Н. В. Манойло,
Ю. М. Раздобудько

Государственное учреждение
«Национальный институт
хирургии и трансплантологии
им. А. А. Шалимова
НАМН Украины»

© Коллектив авторів

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА (СИНДРОМ БУРХАВЕ)

Резюме. В период с 2003 по 2013 год в отделе хирургии пищевода и реконструктивной гастроэнтерологии НИХиТ им. А. А. Шалимова НАМН Украины находились на лечении 6 пациентов с синдромом Бурхаве. Пять больных госпитализированы с последствиями синдрома Бурхаве — наличием левостороннего пищеводно-плеврального свища. У одного пациента спонтанный разрыв пищевода возник в стенах нашей клиники, ему выполнена экстренная операция: ушивание дефекта пищевода — успешно. Из пяти, троим пациентам закрытие пищеводно-плеврального свища удалось достичь консервативным путем, из них одному, установлен пищеводный стент, двое пациентов прооперированы в плановом порядке: торакотомия, иссечение свища с декортикацией легкого, экстерпацией пищевода и формированием эзофагостомы на шее с последующей толстокишечной эзофагопластикой. В результате один пациент с пищеводным стентом умер из-за развития осложнения в позднем послеоперационном периоде — массивного профузного кровотечения источником которого являлась аортально-пищеводная фистула под нижним краем стента.

Ключевые слова: синдром Бурхаве, спонтанный разрыв пищевода, наружный пищеводно-плевральный свищ, экстирпация пищевода.

Введение

Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода, нетравматический разрыв пищевода, барогенный разрыв пищевода, апоплексия пищевода, «банкетный пищевод») — спонтанный разрыв всех слоёв стенки пищевода, сопровождающийся резкой болью в груди и (или) в надчревной области, иррадиирующей в спину. Для синдрома характерны расстройство глотания, рвота, затруднённое дыхание, развитие шока. Впервые описан в 1724 году голландским врачом Германом Бурхаве (Hermann Boerhaave) [3]. Прижизненный диагноз этого синдрома впервые поставил V. Myers в 1858 году [3]. Своевременная диагностика этого серьёзного заболевания представляет большие трудности из-за его редкости, разнообразия клинических проявлений, часто симулирующих различную патологию со стороны других органов, и неосведомлённости большинства врачей. В мировой медицинской литературе к 1998 году описано чуть более 300 случаев спонтанного разрыва пищевода [1]. В связи с высокой летальностью и значительной трудностью диагностики верный диагноз часто устанавливается лишь посмертно [2].

Поэтому, при появлении резких болей в груди после рвоты или попыток сдержать рвоту, больному необходимо экстренно обратиться

за медицинской помощью, для выполнения рентгенологического исследования пищевода с водорастворимым контрастным веществом.

Спонтанный разрыв пищевода является редко встречающимся заболеванием, и составляет 2–3 % от всех случаев повреждения пищевода [5]. Чаще всего он происходит у мужчин старше 50 лет [5], злоупотребляли алкоголем 40 % из числа больных. В медицинской литературе описаны единичные случаи спонтанного разрыва пищевода у новорождённых, но у детей старше одного года и подростков это заболевание практически не встречается.

Предрасполагающим фактором спонтанного разрыва пищевода могут являться изменения в мышечном слое стенки пищевода (лекарственный эзофагит, пептическая язва пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, инфекционные язвы у больных СПИДом), а непосредственной причиной — внезапное повышение давления внутри пищевода при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере в сочетании с отрицательным внутригрудным давлением, что встречается при следующих патологических состояниях [4]: интенсивная рвота после обильного приема пищи, жидкости и/или употребления алкоголя [8] (давление в желудке при рвоте может повышаться до 200 мм рт. ст.) [6], а так-

же при расстройствах пищевого поведения, таких как булимия; многократная рвота на фоне расстройства функционирования рвотного центра на дне IV желудочка головного мозга; повышение внутрижелудочного, а затем внутрипищеводного давления при поднятии больших тяжестей, натуживании при дефекации, интенсивном кашле, родах [10], приступе эпилепсии [10].

Способствовать резкому повышению внутрипищеводного давления может сознательное желание предотвратить рвоту в общественном месте, например за столом на банкете («банкетный пищевод»).

Спонтанные разрывы пищевода отличаются возникновением больших дефектов стенки пищевода (от 4–5 до 10–12 см) и чаще всего локализируются в левой стенке нижнегрудного отдела пищевода (в 90 % случаев) [9]. В подавляющем большинстве наблюдений разрывы пищевода ориентированы продольно [9] и локализируются в его наиболее слабом отделе — непосредственно над диафрагмой (на 3–6 см выше её) [9], крайне редко встречаются повреждения шейного, среднегрудного и абдоминального отделов пищевода. При синдроме Бурхаве происходит разрыв всех стенок пищевода (трансмуральный разрыв), в отличие от синдрома Мэллори — Вейсса, при котором вызванные обильной рвотой разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка носят поверхностный характер [7]; кроме того, разрывы при синдроме Бурхаве редко сопровождаются массивным кровотечением [7]. При спонтанном разрыве пищевода величина разрыва мышечной оболочки всегда превышает величину дефекта слизистой оболочки. В большинстве случаев одновременно повреждается медиастинальная плевра, вследствие чего появляется сообщение, как правило, с левой плевральной полостью, что приводит к быстрому развитию эмпиемы плевры. Попадание содержимого желудка в средостение и плевральные полости приводит к тяжёлой интоксикации и высокой летальности у этой категории больных.

Классическая картина синдрома Бурхаве характеризуется триадой Маклера [4]: 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.

В большинстве случаев синдром проявляется одышкой, явлениями шока, абдоминальным болевым синдромом, чаще в эпигастрии. В первые часы после перфорации доминирует болевая симптоматика неопределенной локализации, у некоторых больных с явлениями «острого живота», позднее начинают преобладать признаки гнойной интоксикации, медиастинита, плеврита [5].

В зависимости от клинико-анатомических особенностей некоторые авторы выделяют 2 варианта спонтанного разрыва пищевода: торакальный (обусловлен перфорацией грудного отдела пищевода, клинически проявляется пневмотораксом, пневмомедиастинумом, а позднее — гнойным медиастинитом и эмпиемой плевры) и абдоминальный (обусловлен разрывом брюшного отдела пищевода, имеет клиническую картину перитонита) [10].

Довольно часто при синдроме Бурхаве допускаются диагностические, тактические и лечебные ошибки.

Материалы и методы исследований

В период с 2003 по 2013 года в отделе хирургии пищевода и реконструктивной гастроэнтерологии НИХиТ им. А. А. Шалимова НАМН Украины находились на лечении 6 пациентов с последствиями синдрома Бурхаве. Из них пятеро пациентов были мужчины, одна женщина. Пятеро госпитализированы в клинику с диагнозом: наружный левосторонний пищеводно-плевральный свищ. Трое пациентов поступило в клинику с наличием назогастрального зонда. С момента разрыва пищевода до госпитализации в клинику прошло от 1 до 6 месяцев. По месту жительства первичная помощь была оказана 5-и больным в виде левосторонней торакотомии с полидренированием плевральной полости, у двоих больных произведено сшивание разрыва стенки пищевода с последующим развитием несостоятельности шва пищевода. Еще двоим больным дополнительно сформирована гастростома.

У одного больного спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) возник в нашей клинике. Пациент неоднократно проходил лечение в отделении хирургии поджелудочной железы с диагнозом киста головки поджелудочной железы. До поступления в клинику у больного возникли: многократная рвота, загрудинная боль, повышение температуры тела до 38°C. Госпитализирован в клинику с диагнозом: киста поджелудочной железы, гастростаз. При рентгенологической диагностике на обзорной рентгенографии органов грудной полости выявлен правосторонний экссудативный плеврит; при эзофагоинтестиноскопии — язва кардиального отдела желудка с пенетра-



цией? При рентгенологическом исследовании пищевода с водорастворимым контрастом выявлен дефект правой стенки наддиафрагмального отдела пищевода с затеком в средостение.

Рентгенограммы больного с синдромом Бурхава.



Общее состояние больного стремительно ухудшалось, нарастали явления дыхательной недостаточности. Было принято решение об экстренном оперативном вмешательстве. После лапаротомии и ревизии брюшной полости выявлен линейный разрыв правой стенки пищевода, дефект медиастинальной плевры с наличием гнойного медиастенита, из правой плевральной полости эвакуировано до 2,5 литров желудочного содержимого. Выполнена

санация средостения и плевральной полости. Стенка пищевода ушита. Установлен назогастральный зонд для декомпрессии желудка, сформирована микроеюностома для энтерального питания. Полидренирование обеих плевральных полостей и средостения. На 6 и 11 сутки послеоперационного периода был выполнен рентгенологический контроль состоятельности пищеводного шва – шов состоятелен. Пациент выписан из стационара с выздоровлением.

Диагностически наиболее информативными были: анамнез болезни и рентгенографическое исследование пищевода с водорастворимым рентгеноконтрастным веществом. Эзофагоскопия: информативна при оценке состояния стенки пищевода и диагностики сопутствующей патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, однако у больных с разрывами пищевода не является безопасной, так как может привести к развитию напряженного пневмоторакса и острой легочно-сердечной недостаточности. Относительно безопасным можно считать выполнение эзофагоскопии после дренирования плевральной полости, а также интраоперационно.

Лечение больных с пищеводно-плевральным свищем начинали с восстановления адекватного энтерального питания и эффективного дренирования плевральной полости. Двум пациентам с этой целью была сформирована гастростома. Одному больному установлен пищеводный стент с покрытием (протяженность стентированного участка пищевода 10 см), который, как показал рентген контроль, полностью блокировал поступление контраста за пределы пищевода.

У трёх больных пищеводно-плевральный свищ удалось ликвидировать консервативно в условиях полного исключения питания через рот, а также активной санации свища 2 % раствором бетадина через двухпросветный плевральный дренаж с аспирацией. Двое больных при этом питались через гастростому, которая была удалена после ликвидации свища.

У двух больных, не смотря на проводимое консервативное лечение, ликвидировать пищеводно-плевральный свищ не удалось. Им было выполнено оперативное лечение: после контрастирования свища раствором бриллиантовой зелени, произведена левосторонняя заднебоковая торакотомия по 7-му межреберью, иссечение свища с декортикацией легкого, экстирпацией пищевода и формированием эзофагостомы на шее. Обе операции были высоко травматичны, продолжительностью в среднем около 8 часов.

Послеоперационный период потребовал длительного интенсивного лечения в условиях



отделения реанимации с применением объемной заместительной терапии, антибиотиков резерва и новейших методик детоксикации.

В дальнейшем этим больным была выполнена заградительная толстокишечная эзофагопластика.

Послеоперационных осложнений не наблюдалось, летальных исходов не было.

У больного, которому был установлен пищеводный стент, через 3 месяца в верхней и нижней части возникли массивные грануляции, которые значительно сузили просвет пищевода, что затрудняло прохождение пищи по пищеводу и значительно ухудшило качество жизни пациента. Он был трижды госпитализирован в нашу клинику, с интервалом 2–3 месяца. Ему проводилось эндоскопическое удаление грануляций. При этом, извлечение стента не представлялось возможным из-за высокого риска повреждения пищевода и развития кровотечения. Во время последней госпитализации больному был установлен стент в стент. Вторые послеоперационные сутки, осложнились развитием профузного желудочно-кишечного кровотечения. Больной в экстренном порядке прооперирован, однако

на фоне массивной кровопотери больной умер. На вскрытии диагностирована аортально-пищеводная фистула, в области нижнего конца пищевода — пролежень.

Выводы

Синдром Бурхаве — заболевание в большинстве своем заканчивающееся летально. Однако при своевременно установленном диагнозе и адекватной хирургической тактике развивается в формирование пищеводно-плеврального свища, борьба с которым довольно длительна и трудоёмка. Хорошо когда свищ удается ликвидировать активным промыванием свищевого хода, если нет — наиболее эффективным лечением в данном случае, считаем иссечение свищевого хода с экстирпацией пищевода и последующей эзофагопластикой.

Использование пищеводных стентов, ввиду частого возникновения гипергрануляционного эзофагита, приемлемо у крайне истощенных пациентов или у больных пожилого возраста. Пищеводные стенты необходимо по возможности удалять сразу при возникновении уверенности в ликвидации пищеводно-плеврального свища.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочуков В. П. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2012. — № 7. — С. 83–84.
2. Lee M. Boerhaave's Syndrome // Encyclopedia of Gastroenterology / Под ред. Leonard Johnson. — 2004. — Т. 1. — С. 222–223.
3. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода: Руководство для врачей / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Ф. С. Курбанов — 2000. — С. 38–40. — 352 с.
4. Тимербулатов Ш. В., Тимербулатов В. М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Эндоскопическая хирургия — 2000. — № 6. — С. 48–50.
5. Мищенко Н. Синдром Бурхаве // Медицинская газета «Здоровье Украины». — 2010. — № 2. — С. 17.
6. Adams B. D., Sebastian B. M., Carter J. Honoring the Admiral: Boerhaave-van Wassenae's syndrome // Diseases of the Esophagus. — 2006. — Т. 19. — № 3. — С. 146–151.
7. Curci J. J., Horman M. J. Boerhaave's syndrome: The importance of early diagnosis and treatment // Annals of Surgery. — 1976. — Т. 183. — № 4. — С. 401–408.
8. Кочуков В. П. Клинический случай: синдром Бурхаве // Справочник поликлинического врача. — 2011. — № 9. — С. 59–60.
9. Юрасов С. Е. Спонтанный разрыв абдоминального отдела пищевода (рус.) // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 1999. — № 4. — С. 58.
10. De Schipper J. P., Pull ter Gunne A. F., Oostvogel H. J., van Laarhoven C. J. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm // Digestive Surgery. — 2009. — Т. 26. — № 1. — С. 1–6.



СПОНТАННИЙ РАЗРЫВ
ПИЩЕВОДА (СИНДРОМ
БУРХАВЕ)

*А. Ю. Усенко, А. С. Лаврик,
Б. Б. Мовчан,
Б. Н. Кондратенко,
Н. В. Манойло,
Ю. М. Раздобудько*

Резюме. У період з 2003 по 2013 роки у відділі хірургії стравоходу та реконструктивної гастроентерології НІХіТ імені О. О. Шалімова НАМН України перебували на лікуванні 6 пацієнтів з синдромом Бурхаве. П'ять хворих госпіталізовані з наслідками синдрому Бурхаве — наявністю лівосторонньої стравохідно — плевральної нориці. У одного пацієнта спонтанний розрив стравоходу виник в стінах нашої клініки, якому виконана екстренна операція: ушивання стравоходу з лапаротомного доступу — успішно. З п'яти, у трьох пацієнтів закриття стравохідно-плевральної нориці вдалося досягти консервативним шляхом, з них одному був встановлений стравохідний стент, двоє пацієнтів прооперовані в плановому порядку: торакотомія, висічення нориці з декортикацією легені, екстерпацією стравоходу і формуванням езофагостоми на шиї з подальшою товстокишковою езофагопластиком. В результаті один пацієнт із стравохідним стентом помер через розвиток ускладнення в пізньому післяопераційному періоді — масивної профузної кровотечі, джерелом якої була аортально-стравохідна фістула під нижнім краєм стента.

Ключові слова: *синдром Бурхаве, спонтанний розрив стравоходу, зовнішня стравохідно-плевральна нориця, екстирпація стравоходу.*

SPONTANEOUS RUPTURE
OF THE ESOPHAGUS
(SYNDROME BOERHAAVE)

*A. Yu. Usenko, A. S. Lavrik,
B. B. Movchan,
B. N. Kondratenko,
N. V. Manoilo,
Yu. M. Razdobudko*

Summary. In the period from 2003 to 2013 in the Department of surgery of the esophagus and reconstructive gastroenterology National Institute of Surgery And Transplantology Ukrainian National Academy of Medical Sciences treated 6 patients with the syndrome Burhave. Five patients were hospitalized with consequences Burhave syndrome: the presence of left-sided esophageal-pleural fistula. In one patient, spontaneous rupture of the esophagus appeared in the walls of our clinic, which performed emergency surgery: suturing of the esophagus laparotomy access — successfully. Of the five, three patients of esophageal closure-pleural fistula was achieved in a conservative way, one of them was set esophageal stent, two patients operated routinely: thoracotomy, excision of the fistula with decortication of pulmon, esophagoectomy formation ezofagostomy on the neck, followed by colonic esofagoplastyk. As a result, one patients with esophageal stent died after developing complications in the late postoperative period — massive profuse bleeding, which was the source of the aortic-esophageal fistula at the lower edge of the stent.

Key words: *Burhave syndrome, spontaneous rupture of the esophagus, esophageal foreign-pleural fistula, extirpation of the esophagus.*