

УДК 616.89-008.441.13-06:616.329-001.33-036.11(470.11)

АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ И СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

© 2009 г. В. П. Быков, О. В. Соби́нин, В. Ф. Федосеев

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Спонтанный разрыв пищевода (син.: синдром Бурхааве; нетравматический, барогенный, разрыв; апоплексия пищевода) — редкое и крайне тяжелое заболевание, впервые описанное Н. Boorhaave в 1723 году [4]. Полагают, что основным этиологическим фактором разрыва неизменной стенки пищевода служит внезапное повышение внутрижелудочного, а затем внутрипищеводного давления при рвоте, дефекации, интенсивном кашле, родах, подъеме тяжести [1, 3, 5, 6]. Самой частой причиной является рвота при переполненном желудке в состоянии алкогольного опьянения у мужчин старше 50 лет [1]. Неправильная интерпретация симптомокомплекса — внезапной мучительной боли в груди и надчревь, одышки, шока — в первые часы болезни ведет к ложному диагнозу: острый инфаркт миокарда, прободная язва желудка и др. [2]. Летальность достигает 75 % вследствие острейшего течения гнойно-некротического медиастинита, эмпиемы плевры и сепсиса [4].

Материалы и методы

Объектом исследования явились 104 пациента с проникающим дефектом стенки грудной части пищевода, находившихся в торакальном отделении Архангельской областной клинической больницы в 1979—2008 годах. Диагностический алгоритм включал субъективное и объективное обследование, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические и морфологические исследования для оценки патологических изменений в пищеводе и окружающих тканях. В течение последнего десятилетия отдавали предпочтение компьютерной томографии груди с контрастированием пищевода. Лечебная программа включала хирургические вмешательства и эндоскопические манипуляции на пищеводе, комплекс лекарственной терапии реанимационных пособий. Изучали протоколы аутопсий, сопоставляли их с прижизненными диагностическими показателями.

Результаты исследований и их обсуждение

Перфорация патологически измененной стенки случилась у 48 (46,2 %) больных. Спонтанный разрыв пищевода наблюдали у 23 (22,1 %) больных. Доля спонтанного разрыва среди дефектов неизменного пищевода составила 41,1 %, в качестве причины первичных и вторичных гнойных медиастинитов (174 наблюдения) — 13,2 %. По данным С. С. Слесаренко с соавт. (Саратов, 2005) [1], эти показатели значительно ниже: 5,3 % среди причин гнойных медиастинитов и 12,5 % — среди проникающих дефектов пищевода.

Средний возраст больных — $(46,4 \pm 3,1)$ года (32—69 лет); мужчин — 22, женщин — одна. Средняя длина продольного разрыва пищевода составила $(4,9 \pm 0,9)$ см (3—8 см); у 22 больных он локализовался

Представлен анализ 23 собственных клинических наблюдений спонтанного разрыва пищевода. Подтверждена роль рвоты и алкогольного опьянения в качестве основных причинных факторов. Характерны стремительное возникновение интенсивной торакоабдоминальной боли, одышки, жажды и быстро прогрессирующее осложненное течение болезни. Констатирована высокая частота диагностических ошибок на догоспитальном и госпитальном этапах. Клинические маски: инфаркт миокарда, парапневмонический плеврит, спонтанный пневмоторакс, синдром Маллори – Вейсса, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит. Показаны информативность компьютерной томографии груди и рентгеноконтрастного исследования пищевода, необходимость оперативного лечения в первые 12 часов после возникновения болезни.

Ключевые слова: пищевод, спонтанный разрыв, гнойный медиастинит, хронический алкоголизм.

в типичном месте, на левой переднебоковой стенке нижней трети грудной части, у одного — на передней стенке этой части пищевода. Нижний конец дефекта заканчивался на расстоянии 1–3 см от пищеводного отверстия диафрагмы у 20 (87,0 %) пациентов. В трех наблюдениях разрыв слизистой оболочки пищевода распространялся до пищеводно-желудочного соустья и проявился синдромом Маллори — Вейсса. При операции, выполненной в первые 12 часов, обнаруживали пластинчатые кровоизлияния под листками средостенной плевры, разрушение клетчатки нижнего заднего средостения, наличие полости неправильной формы в околопищеводном пространстве, содержавшей бурую жидкость с кусочками пищи. Гнилостный медиастинит развивался позднее указанного срока и распространялся от уровня бифуркации трахеи до диафрагмы. Гнойного поражения передних клетчаточных слоев средостения ни разу не наблюдали.

Спонтанный разрыв пищевода случился в результате обильной рвоты желудочным содержимым в состоянии алкогольного опьянения у 14 (60,9 %) пациентов; восемь из них страдали хроническим алкоголизмом и находились в запое продолжительностью от 3 до 20 суток. Двое в алкогольном опьянении получили закрытую травму груди и переломы ребер до спонтанного разрыва пищевода, что затруднило диагностику медиастинита. Рвота вследствие переизбытка возникла у 9 человек в трезвом виде; двое в связи с желудочным дискомфортом пытались промыть желудок, выпив до литра воды и вызывая рвоту. Интенсивная мучительная боль в груди появилась сразу после рвоты у 19 (82,6 %) больных; она усиливалась при глотании жидкости и перемене положения тела. Боль в груди носила диффузный характер, ощущалась за грудиной, в левой половине, между лопатками и в нижнегрудном отделе позвоночника. Больной принимал вынужденное сидячее положение с наклоном вперед. У 16 (84,2 %) человек торакальная боль сочеталась с интенсивной абдоминальной болью — в надчревной области у 14 и правом подреберье у двоих. Первичный болевой приступ был выражен умеренно у 4 (17,4 %) лиц, находившихся в состоянии сильного алкогольного опьянения. Повторную кровавую рвоту объемом от 200 до 600 мл и мелену наблюдали у 5 (21,7 %) лиц, страдавших хроническим алкоголизмом, коллапс — у 4 (17,4 %) пациентов. В течение первых 3–4 часов появились одышка в покое у 12 (52,2 %), жажда у 11 (47,8 %), осиплость голоса и увеличение объема шеи вследствие подкожной эмфиземы у 5 (21,7 %) человек.

Выраженные страдания побудили 19 (82,5 %) больных обратиться за медицинской помощью в первые три часа; четверо в состоянии алкогольного опьянения сделали это через 5–6 часов. Преобладающее большинство — 21 (91,3 %) первоначально госпитализированы в кардиологические и неспециализированные хирургические отделения городских и центральных районных больниц. Только в одном случае врач ско-

рой помощи на догоспитальном этапе предположил правильный диагноз — спонтанный разрыв пищевода. Ниже перечислены ошибочные первоначальные диагнозы: прободная язва желудка, двенадцатиперстной кишки — 5; острый инфаркт миокарда — 5; острая пневмония — 1; закрытая травма груди, переломы ребер — 2; острый панкреатит — 2; желудочное кровоотечение неясной этиологии — 3; синдром Маллори — Вейсса — 1; алкогольный гастрит — 1.

На высокую частоту диагностических ошибок указывает большинство авторов [1, 2, 3]. Основными причинами неправильного первоначального диагноза являются трудности обследования пациента в алкогольном опьянении, а также незнание многими врачами клинических симптомов спонтанного разрыва пищевода и невыполнение необходимых рентгенологических исследований груди и пищевода. Газ и жидкость преимущественно в левой плевральной полости обнаружены при рентгенологическом исследовании у 21 больного (91,3 %). Характерно быстрое нарастание плевральных изменений в течение первых 12 часов: стремительное увеличение объема выпота и появление газового пузыря в левой плевральной полости, накопление выпота в правой плевральной полости. Это объясняется поступлением в плевральные полости через пищеводно-плевральные свищи проглоченной слюны и жидкости, содержимого желудка вследствие желудочно-пищеводного рефлюкса, обильной экссудации из воспаленных плевральных листков. Жидкость и газ на рентгенограмме груди не определялись только у двоих пациентов из-за тотальной облитерации плевральных полостей после ранее перенесенного двустороннего экссудативного плеврита. У них констатировано формирование полости с газом и жидкостью в нижнем заднем средостении, которая четко выявлялась на боковой рентгенограмме груди. Очевидна целесообразность выполнения повторных рентгенологических исследований груди и контрастирование пищевода в течение первых 24 часов от начала болезни при неустановленной причине интенсивного торакоабдоминального болевого синдрома.

Легочные и плевральные воспалительные осложнения развиваются у большинства больных спонтанным разрывом пищевода [1]. По нашим данным, эмпиема плевры и серозно-фибринозный плеврит возникли у 20 (87,0 %) пациентов: двусторонний у 18 (78,3 %) и односторонний — у 2 (8,7 %). Преобладала эмпиема плевры. Коллапс левого легкого в результате поступления газа способствовал молниеносному развитию тотальной эмпиемы плевры в случае отсутствия плевральных сращений. Пневмония возникла у 12 (52,2 %) больных в течение первой недели после разрыва пищевода. Преимущественная нижнедолевая локализация пневмонии и раннее ее развитие позволяют предполагать аспирационный генез данного осложнения. Несомненна также роль бронхиальной обструкции, т. к. хронической об-

структивной болезнью легких страдали семеро из 12 пациентов с пневмонией.

Сроки установления правильного клинического диагноза в лечебных учреждениях широко колебались: в течение первых 4 часов после госпитализации — 5 (21,7 %), 5–12 часов — 7 (30,4 %), 13–24 часа — 3 (13,0 %) и позднее 24 часов — 7 (30,4 %) наблюдений. У одного пациента спонтанный разрыв пищевода и гнойный медиастинит при жизни не распознаны. Экстренная лапаротомия выполнена у 7 (30,4 %) больных через 1–5 часов после госпитализации по поводу ошибочного диагноза прободной язвы (4 операции), ущемленной диафрагмой грыжи (1 операция) и синдрома Маллори — Вейсса (2 операции). Основной причиной ошибочного диагноза в стационаре является невключение в диагностический алгоритм при интенсивной торакальной боли рентгенологических способов исследования — компьютерной томографии груди и контрастирования пищевода. Следует предостеречь против проведения эзофагоскопии, которая сопровождается напряженными эмфиземой средостения и пневмотораксом.

Спасти жизнь больного можно только экстренной операцией — ушиванием разрыва или экстирпацией пищевода, адекватным дренированием средостения и активным многокомпонентным лечением в послеоперационном периоде [1, 3–6]. Умерли 11 (47,8 %) больных: 8 — от сочетанных инфекционных осложнений, 2 — от кровотечения в просвет желудка и плевральную полость, 1 — от массивной тромбоэмболии легочной артерии. Умерли все 8 больных, которые страдали хроническим алкоголизмом и были оперированы позднее 12 часов после начала болезни.

Выводы

1. Рвота в состоянии алкогольного опьянения является основной причиной спонтанного разрыва пищевода. Доля разрыва пищевода в структуре причин гнойного медиастинита у жителей Северного региона значительно превышает аналогичный показатель по средней полосе России.

2. При острой торакоабдоминальной боли и быстром увеличении пневмогидроторакса, причина которых необъяснима, следует исключить спонтанный разрыв пищевода контрастным исследованием и компьютерной томографией груди.

3. Молниеносное течение сочетанных инфекционных осложнений спонтанного разрыва пищевода обуславливает сомнительный прогноз для жизни в случае начала комплексного лечения позднее 12 часов после начала болезни. Хронический алкоголизм ухудшает прогноз исхода данного заболевания.

Список литературы

1. Слесаренко С. С. Медиастинит / С. С. Слесаренко, В. В. Аганов, В. А. Прелатов. — М. : Медпрактика, 2005. — 199 с.
2. Спонтанный разрыв пищевода: синдром Бурхава / Н. И. Поляно, В. Н. Галкин, А. В. Годулян, А. Л. Каниболоцкий // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2008. — № 2. — С. 114–116.
3. Сулимов Р. А. Повреждения и спонтанные разрывы грудного отдела пищевода / Р. А. Сулимов // Хирургия. — 1999. — № 2. — С. 46–58.
4. Тамулевичюте Д. И. Спонтанный разрыв пищевода / Д. И. Тамулевичюте, А. М. Витенас // Болезни пищевода и кардии. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Медицина, 1986. — С. 148–150.
5. Kumar P. Late results of primary esophageal repair for spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave's syndrome) / P. Kumar, P. K. Sarkar // Intensive Surgery. — 2004. — Vol. 89, N 1. — P.15–20.
6. Spontaneous rupture of the esophagus. Two cases recently seen in an intensive care unit / C. Koffel, G. Dangelse, C. Italiano, et al. // Press. Med. — 2004. — Vol. 33, N 4. — P. 250–252.

ALCOHOL INTOXICATION AND SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE IN NORTHERN REGION'S INHABITANTS

V. P. Bykov, O. V. Sobinin, V. F. Fedoseev

Northern State Medical University, Arkhangelsk

An analysis of 23 clinical observations of spontaneous esophageal ruptures has been presented. Implication of vomit and alcohol intoxication as the main causative factors has been proved. Precipitate origin of intensive thoracoabdominal pain, dyspnea, thirst and quickly developing complicated course of the disease were typical. High frequency of diagnostic mistakes at the prehospital and hospital stages have been stated. Clinical masks: heart attack, parapneumonic pleurisy, spontaneous pneumothorax, Mallory-Weiss syndrome, perforating gastric and duodenal ulcer, acute pancreatitis. The information value of breast computerized tomography and an esophageal radiographic contrast study, the necessity of operative treatment in the first 12 hours after the disease origin have been shown.

Key words: esophagus, spontaneous rupture, suppurative mediastinitis, chronic alcoholism.

Контактная информация:

Федосеев Виктор Филиппович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии Северного государственного медицинского университета, зав. отделением торакальной хирургии Архангельской областной клинической больницы

Адрес: 163002, г. Архангельск, пр. Ломоносова, д. 292
Тел. (8182) 27-57-78

Статья поступила 11.06.2009 г.