

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА

М.С. Кошелев, А.М. Кошелев, В.А. Кузьмичев, В.С. Мазурин, М.И. Прищепо
Раменская ЦРБ, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Несмотря на относительную редкость медиастинитов в структуре гнойной хирургической патологии, неудовлетворительные результаты лечения больных гнойным медиастинитом, а также имеющаяся тенденция к увеличению заболеваемости являются причинами пристального внимания врачей к указанной патологии.

Одной из причин развития первичного медиастинита является спонтанный разрыв пищевода – синдром Бурхава, банкетный пищевод. Спонтанный разрыв пищевода (СРП) – это вид травмы ранее здорового пищевода в виде разрыва его стенки. Прижизненный диагноз спонтанного разрыва пищевода впервые установил V. Meyers в 1858 г., а первая успешная операция была выполнена в 1911 г. T. Sencert. Считают, что причиной спонтанного разрыва пищевода является внезапное повышение давления внутри пищевода и внезапное интенсивное забрасывание желудочного содержимого и газов в пищевод при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере, наступающем при его спазме. Разрыв стенки пищевода вероятен при давлении выше 150 мм рт. ст., при рвоте пики давления внутри желудка превышают 200 мм рт. ст. Этиологическими моментами признают алкогольное опьянение, переедание, расстройство рвотного центра в сенсорном ядре блуждающего нерва. Все эти моменты приводят к тяжелой рвоте, которая и является главной причиной спонтанного разрыва.

Чаще всего разрывается левая боковая и задняя стенки наддиафрагмального или ретро-перикардального сегментов пищевода и медиастинальная плевро. Синдром Бурхава встречается в 15% среди больных с разрывом пищевода, в 14% наблюдается перфорация пищевода инородным телом. Предпосылками спонтанного разрыва пищевода являются: наличие у больного грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюксной болезни; развитие синдрома Меллори – Вейса; наличие пищеводного кровотечения.

Основными симптомами СРП являются:

- жестокая боль в груди или подложечной области во время рвоты с иррадиацией в левое надплечье и левую поясничную область;
- кожные покровы бледные, выступает холодный пот;
- пульс частый, дыхание частое, поверхностное, затрудненное;
- появляется эмфизема шеи, которая может распространяться на грудную клетку, нарастает боль в груди при глотании;
- появляются рентгенологические признаки пневмомедиастинума, пневмогидроторакса;
- при рентгеноскопии (Р-графии) пищевода контрастное вещество затекает за пределы его стенки;
- при эндоскопическом исследовании выявляется дефект стенки пищевода.

Учитывая клинические проявления и анамнез заболевания, в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз со следующими терапевтическими и хирургическими заболеваниями:

- острый пневмоторакс, возможно, напряженный;
- острый инфаркт миокарда, особенно задней стенки левого желудочка;
- расслаивающая аневризма аорты – как грудного, так и брюшного отделов;
- перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- острый панкреатит, панкреонекроз.

Смертность при прижизненной диагностике СРП составляет, по данным разных авторов, 75% и выше. Продолжительность жизни при неустановленном диагнозе СРП и отсутствии адекватных лечебных мероприятий – от нескольких часов до нескольких суток. Прогноз жизни принципиально зависит от сроков установления диагноза и оказания неотложной помощи.

Тактика лечения и методы хирургического вмешательства при данной патологии неоднозначны. Считается, что при установлении диагноза в течение 24 часов и ушивании дефекта пищевода общая послеоперационная летальность составляет 50%. После 24 часов заболевания происходит инфицирование средостения, что приводит к развитию сепсиса и расплавлению стенки пищевода. Ушивание его становится невозможным – прогноз лечения неблагоприятный.

Основным принципом лечения синдрома Бурхаве считается сочетание хирургического метода и интенсивной терапии сепсиса.

При установлении диагноза в течение 24 часов от момента заболевания возможно ушивание пищевода с укрыванием его стенки листком плевры или фундопликации по Ниссену из лапаротомного доступа или при левосторонней торакотомии.

При установлении диагноза позднее 24 часов от момента заболевания показано либо адекватное дренирование средостения и плевральных полостей с помощью видеоторакоскопии или при торакотомии; или резекция измененного пищевода с выведением стом (пищеводной и желудочной).

В дальнейшем, в отдаленные сроки, при благоприятном исходе проводятся пластические операции по восстановлению целостности желудочно-кишечного тракта, либо стенка пищевода заживает самостоятельно на фоне адекватного дренирования средостения и интенсивной консервативной терапии и энтерального питания больного через зонд, проведенный за место дефекта.

В отделении торакальной хирургии МОНИКИ за последние 10 лет находился на лечении 21 больной со спонтанным разрывом пищевода, трем из них диагноз установлен в хирургическом отделении ЦРБ г. Раменское. У 19 из них разрыв был на уровне нижней трети, у одного – верхней, на уровне шейного отдела. Все больные поступили в стационар из различных лечебных учреждений Московской области в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, не в первые сутки заболевания. Диагноз СРП был установлен в сроки от 2 суток до нескольких месяцев, когда у больных осумкованным гидропневмотораксом выявляли наличие эзофагоплевроторакального свища. 20 больных перенесли различные операции: в 3 наблюдениях проведена диагностическая лапаротомия, при которой патологии органов брюшной полости выявлено не было, одному больному выполнена левосторонняя торакотомия, дренирование средостения и плевральной полости (больной из Раменской ЦРБ), одному – ушивание пищевода из левостороннего торакотомного доступа с рецидивом свища в дальнейшем, 18 больным проведено дренирование плевральной полости по Мональди.

После предоперационной интенсивной инфузионной подготовки, направленной на стабилизацию гемодинамических показателей, коррекцию водно-элект-

ролитных нарушений, 18 больных были оперированы в МОНИКИ. Сроки предоперационной подготовки были разными.

Хирургическое вмешательство не проводилось больному с разрывом шейного отдела пищевода, так как на фоне консервативной терапии и голодания имеющийся дефект закрылся, один больной оперирован адекватно по месту жительства (ЦРБ г. Раменское). Одному больному с разрывом нижней трети пищевода операция не выполнялась из-за крайней тяжести состояния: он поступил с дренированной плевральной полостью, гастростомой в крайне тяжелом состоянии, нестабильной гемодинамикой, которую не удалось стабилизировать для проведения необходимого вмешательства.

Больным были выполнены следующие хирургические пособия:

- торакотомия, ушивание разрыва пищевода с укреплением линии швов лоскутом диафрагмы, плевризацией, дренирование средостения и плевральной полости (2 больных);
- торакотомия, дренирование средостения и плевральной полости (7);
- лапаротомия, ушивание дефекта, дренирование брюшной полости; видеоторакоскопическое дренирование средостения и плевральной полости (2);
- декорткация легкого с удалением мешка эмпиемы, резекция нижнегрудного отдела пищевода и кардиального отдела желудка с одномоментным формированием пищеводно-желудочного анастомоза в левой плевральной полости (5);
- гастростомия и трансторакальное дренирование плевральной полости (1).
- декорткация легкого с удалением мешка эмпиемы, дренирование плевральной полости (1).

Умерли 10 больных, общая летальность составила 47,6%. Несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза после резекции пищевода с одномоментной пластикой желудком не было, трое из этих больных оперированы на фоне острого гнойного процесса в средостении и плевральной полости. Причиной смерти больных явились полиорганная недостаточность, связанная с тяжелой интоксикацией, профузное кровотечение: у двух больных – из грудной аорты при развитии острой пенетрирующей язвы пищевода выше разрыва, у одного – из имевшейся язвы желудка, у одного – из неустановленного источника.

У 4 больных при консервативном лечении и адекватном дренировании средостения и плевральной полости разрыв закрылся самостоятельно, без рубцевания пищевода в отдаленные сроки.

Таким образом, следует отметить, что результаты лечения СРП напрямую зависят от сроков установления диагноза.

ЭКСТРЕННЫЕ СИТУАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В.Т. Кривихин, В.В. Павленко, Д.В. Кривихин, О.С. Амбросимова

Видновская районная больница

Актуальность проблемы лечения сахарного диабета (СД), ее социальная значимость определяются распространенностью заболевания, трудностями лечения и предупреждения осложнений. В общей структуре хирургических заболеваний хирургическая инфекция наблюдается у 35-45% больных и протекает в виде ос-