

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА

В. С. Забросаев, В. Н. Соколов, В. Л. Минченков, В. В. Писанка

Кафедра общей хирургии с курсом ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Спонтанный разрыв пищевода (СРП) до сих пор остается сложным в диагностике и опасным для жизни пациентов заболеванием. Отсутствие значительного опыта у большинства хирургов приводит к диагностическим ошибкам и затягиванию сроков операции. Летальность при этой патологии достигает 85%. В представленной работе проводится ретроспективный анализ шести случаев СРП у пациентов, находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии Смоленской областной клинической больницы (СОКБ) с 1999 по 2009 г.

Ключевые слова: *пищевод, спонтанный разрыв, диагностика, лечение*

SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE

V. S. Zabrosaev, V. N. Sokolov, V. L. Minchenkov, V. V. Pisanka

Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskoy str., 28

Spontaneous esophageal rupture (SER) is a disorder complicated for diagnosis and dangerous for patient's life. Lack of a considerable experience leads to diagnostic pitfalls and delayed surgical intervention. Mortality rate in patients comes up to 85%. In this study a retrospective analysis of six cases of SER in patients undergone a course of medical treatment in the Department of Thoracic Surgery of Smolensk Regional Clinical Hospital (SRCH) in the period of 1999–2009 has been presented.

Keywords: *esophagus, spontaneous rupture, diagnostics, treatment*

По данным разных авторов спонтанные и гидравлические разрывы пищевода встречаются от 0,25% всех больных отделений торакальной хирургии [11] до 6,2% среди больных с повреждениями пищевода [8]. Спонтанный разрыв пищевода наблюдается чаще у мужчин (85–90%) в возрасте 50–60 лет, когда резистентность этого органа снижена [1, 2, 4, 5, 6]. Запоздалая диагностика приводит к росту летальности, которая составляет 25% в первые 12 часов, 50–70% в первые 24 часа и 65–85% после первых суток [2, 8, 10, 19]. Причинами гибели больных является гнойно-инфекционные осложнения: медиастенит, эмпиема плевры, сепсис, аррозивное кровотечение.

Наиболее частой причиной СРП по мнению большинства авторов является резкое повышение внутрипищеводного давления, возникающее при интенсивной или сдерживаемой рвоте после обильного приема пищи, жидкости и/или употребления алкоголя [2, 5, 8, 11, 13, 15]. Причем, стенки пищевода могут быть не только патологически измененными, но и нормальными. Чаще всего спонтанные трансмуральные повреждения пищевода локализируются в наддиафрагмальном отделе, однако некоторые авторы сообщают о разрывах шейного, среднегрудного и абдоминального отделов с переходом на желудок [1, 6, 13, 19].

В 95% случаев происходит разрыв в нижнегрудном отделе задне-левой стенки пищевода, однако, в 5% случаев наблюдаются повреждения правой боковой стенки, а также двухсторонние и двойные [1, 3]; протяженность разрывов от 2 до 7 см, иногда они сопровождаются кровотечением.

Хотя классическая клиническая картина синдрома Берхаве представлена триадой Маклера: рвота, сильная боль в груди, шейно-грудная подкожная эмфизема, врачам приходится дифференцировать эту патологию с инфарктом миокарда, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, деструктивной пневмонией и эмпиемой плевры. Только тщательный анализ анамнестических данных позволяет своевременно заподозрить спонтанный разрыв и избрать правильную тактику в диагностике и хирургическом лечении.

Основным методом диагностики спонтанного разрыва пищевода является рентгенконтрастное исследование, которое четко определяет дистальный уровень разрыва и затекание контраста в средостение, в то время как верхний край его остается неизвестным. В связи с этим большинство авторов [6, 7, 9, 11, 14, 20] считают целесообразным данное исследование дополнять диагностической эзофагоскопией, если состояние больного позволяет их выполнить. Угроза дополнительной травмы пищевода при проведении видео-фиброэндоскопа и инсuffляции воздуха существует, но при осторожном проведении этой процедуры, может быть сведена до минимума. Тактика хирургического лечения данной патологии строго индивидуальна.

Цель исследования – улучшить диагностику СРП, представляющую большие сложности и трудности ввиду редкости данной патологии, разнообразия клинической картины и недостаточной осведомленности не только врачей общей практики, но и врачей-хирургов.

Методика

В данном сообщении мы провели ретроспективный анализ результатов лечения 6 больных с синдромом Берхаве, лечившихся с 1999 по 2009 г. в отделении торакальной хирургии СОКБ. Среди больных было пять мужчин и одна женщина; все они поступили из районов области; возраст мужчин от 31 до 57 лет, женщины – 69 лет. Разрывы пищевода локализовались только в нижней трети. Ни у кого из пострадавших не было указаний в анамнезе на патологию верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Четверо из мужчин отмечали прием значительного количества алкоголя.

При анализе сроков госпитализации были получены следующие данные: только двое пациентов поступили в областную больницу в течение суток с момента заболевания (через 13 и 17 часов), двое – спустя 5 суток, один больной через 7 и еще один через 15 суток.

Диагнозы при поступлении в районные больницы следующие: гидропневмоторакс у 3-х больных, острый панкреатит – у 1-го, прободная язва луковицы двенадцатиперстной кишки – у 1-го и деструктивная пневмония – у 1-го.

Все пациенты отмечали острое начало заболевания, возникшее после интенсивной рвоты. Состояние при поступлении тяжелое. На обзорных рентгенограммах грудной клетки у 5-и пациентов наблюдалась картина левостороннего гидропневмоторакса, у 1-го – правостороннего. Четверо из больных с поздними сроками поступления продолжали принимать пищу естественным путем. Все пациенты были доставлены в отделение торакальной хирургии с основным диагнозом: деструктивная пневмония, гидропневмоторакс. В момент поступления всем 6-и пациентам было выполнено дренирование плевральных полостей, назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Результаты лечения

У двух больных, поступивших через 13 и 17 ч. с момента заболевания, было заподозрено повреждение пищевода и выполнено его контрастирование водорастворимым контрастом (Омнипак 300). У обоих пациентов отмечен затек контрастного вещества в средостение и у одного дополнительно в левую плевральную полость. Локализация разрывов – нижняя треть пищевода. Необходимость в эзофагоскопии, по мнению дежурных хирургов, не возникла. Оба больных были оперированы. Одному из них произведена верхнесрединная лапаротомия с диафрагмотомией. Обнаружен разрыв наддиафрагмального отдела пищевода длиной около 5 см с явлениями медиастенита. Произведено прецизионное ушивание пищевода на зонде однорядными швами с перетонизацией пряжей сальника, дренирование средостения, выполнена гастростомия по Серебренникову.

Второй больной оперирован спустя 20 ч. после начала заболевания. При левосторонней торакотомии

найден дефект пищевода по левой стенке, над диафрагмой длиной 2,5 см. Имелся некроз клетчатки средостения, мутный выпот в плевральной полости. Выполнено ушивание разрыва прецизионными атравматическими швами, их плевризация, дренирование средостения и плевральной полости, энтеростомия по Майдлю (в анамнезе у больного было ушивание прободной язвы желудка).

У обоих больных в раннем послеоперационном периоде наступила несостоятельность швов пищевода, прогрессировали медиастенит, эндотоксикоз, и при явлениях полиорганной недостаточности оба пациента погибли.

У четырех больных, поступивших на 5-е сутки и позже, имелась эмпиема плевры, маскирующая причину ее возникновения. Отмечалась легочная недостаточность и выраженная интоксикация, сопровождающаяся одышкой, общей слабостью, гипертермией, высоким лейкоцитозом и СОЭ, ухудшением печеночных и почечных проб в биохимических анализах крови. В этой группе больных разрыв пищевода был выявлен не сразу. У двоих – через сутки с момента поступления, у одного – через трое суток и еще у одного на 5 сутки при рентгенографии с водорастворимым контрастом (Омнипак 300) и фиброэзофагоскопии (эндоскоп GIF-XQ30; Olympus Optical LTD, Tokyo, Japan).

Всем пациентам произведена видеоторакоскопия с санацией и дренированием плевральной полости. Трём мужчинам выполнена энтеростомия по Майдлю, женщине – гастростомия по Серебренникову.

Из числа этих пациентов умер один больной, 57 лет, страдающий алкогольной болезнью и хроническим панкреатитом.

Следующее клиническое наблюдение с нашей точки зрения демонстрирует трудности своевременной диагностики и лечения пациентов со спонтанным разрывом пищевода.

Больной Е., 44 года, поступил в отделение торакальной хирургии СОКБ 13 декабря 2006 года с жалобами на сильную боль в правой половине грудной клетки, высокую температуру, одышку, озноб. Заболел остро 6 декабря, когда после приема большого количества алкоголя и пищи возникла неукротимая рвота и через некоторое время появилась интенсивная боль в эпигастрии, правом подреберье, за грудиной. С диагнозом: «прободная язва двенадцатиперстной кишки» пациент оперирован в районной больнице. При лапаротомии патологии в брюшной полости не выявлено. На следующие сутки при рентгенографии грудной клетки обнаружен правосторонний плеврит. Пункционно удалено около 300 мл мутной жидкости. Выставлен диагноз деструктивной пневмонии правого легкого, эмпиемы плевры. Ежедневно пункционно удалялось от 200 до 300 мл мутной жидкости. Несмотря на интенсивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию самочувствие больного не улучшалось. После консультации торакального

хирурга на 7-е сутки от начала заболевания больной переведен в областную больницу.

При поступлении в отделение торакальной хирургии состояние пациента тяжелое: кожные покровы бледные, сухие, одышка в покое (30 дыхательных движений в минуту), температура тела 37,8°C. Перкуторно над легкими – укорочение легочного звука справа, ослабленное дыхание, влажные разнокалиберные хрипы. Рентгеноскопически определяется правосторонний фрагментированный гидронефротакс до уровня IV ребра. Произведено дренирование правой плевральной полости по Бюлау. Одновременно выделилось до 200 мл мутной серозной жидкости с хлопьями. У больного заподозрен разрыв пищевода. Выполнено рентгеноконтрастное исследование пищевода, при котором определялись затек водорастворимого контрастного вещества (Омнипак 300) в правую плевральную полость на уровне 9-го (диафрагмального) сегмента пищевода. Эндолюминальным исследованием пищевода, эндоскопом GIF-XP20; Olympus Optical LTD, Tokyo, Japan, с минимальной инсуффляцией воздуха, подтверждено наличие разрыва пищевода в вышеуказанном сегменте длиной около 2,5 см. Учитывая повреждение, пациенту произведены видеоторакоскопическая санация полости эмпиемы и энтеростомия по Майдлю. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная медикаментозная терапия, парэнтеральное и энтеральное питание, осуществилась санация полости эмпиемы. С целью улучшения дренажной и вентиляционной функции бронхиального дерева, для уменьшения развития бронхолегочных осложнений и купирования двухстороннего гиперсекреторного гнойного бронхита I–II степени активности регулярно (через 2 суток) проводились санационные фибробронхоскопии с ежедневной небулизацией растворов 0,9% NaCl и 0,5% диоксида.

На 21 сутки от начала заболевания у больного наметилась положительная динамика: нормализовалась температура, резко уменьшилось отделяемое из плевральной полости, улучшились показатели

клинических и биохимических анализов. На 30 сутки прекратилось законтурное поступление контрастного вещества. Удален дренаж из плевральной полости. На 38 сутки больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Через 2 месяца при повторной госпитализации энтеростома закрыта. При контрольной фиброэзофаскопии определялась окклюзия свищевого хода пищевода грануляционной тканью.

Обсуждение результатов

Таким образом, несмотря на ранние сроки поступления (в течение 24 ч) двое из экстренно оперированных больных, которым было произведено ушивание разрыва пищевода, погибли от гнойно-септических осложнений. Причиной их развития стала несостоятельность швов пищевода на фоне уже развившегося медиастенита, эмпиемы плевры, выраженного эндотоксикоза и полиорганной недостаточности. Из четырех больных, поступивших в более поздние сроки, умер один с тяжелой сопутствующей патологией. Всем им были произведены щадящие торакоскопические вмешательства.

Выводы

1. У всех пациентов с острым развитием пневмоторакса необходимо тщательно собирать анамнез, отмечая эпизоды многократной неукротимой рвоты. В стандарты обследования таких больных необходимо ввести рентгеноконтрастное и эндоскопическое исследование пищевода (с минимальной инсуффляцией воздуха) как уточняющий метод топической диагностики.
2. У больных с разрывами пищевода, поступивших позже 12 часов с момента заболевания и наличии гнойно-воспалительных изменений в средостении, отказаться от ушивания участка повреждения.
3. Данным пациентам показаны малотравматические видеоторакоскопические операции и операции на выключение пищевода.

Список литературы

1. Авилова О. М., Гетьман В. Г. Диагностика и лечение спонтанных разрывов пищевода // Вестн. Хирургии. – 1986. – № 3. – с. 56–60.
2. Белоконов В. И., Замятин В. В., Измайлов Е. П. Диагностика и лечение повреждений пищевода. – Самара: Перспектива, 1999. – 234 с.
3. Комаров Б. Д., Каншин Н. Н., Абакумов М. М. Повреждения пищевода. – М.: Медицина, 1981. – 175 с.
4. Крайчев С. Д. К диагностике спонтанного разрыва и перфорации пищевода // Грудная хирургия. – 1973. – № 2. – с. 79–82.
5. Кутявин Л. И., Шулятьев В. И. Спонтанный разрыв пищевода // Советская медицина. – 1990. № 4. – С. 120–121.
6. Мирошников Б. И., Лабазанов М. М., Ананьев Г. А., Смирнова Н. А. Спонтанный разрыв пищевода // Вестн. хирургии. – 1998. – № 2. – С. 74–76.
7. Оскретков В. И., Гурьенов А. А., Федоров В. В. Видеолaparотрансхиатальное дренирование заднего средостения при перфорации средне- и нижнегрудного отделов пищевода // Эндоскопич. хирургия. – 2006. – № 5. – С. 4–7.
8. Погодина А. Н., Абакумов М. М. Механические проникающие повреждения пищевода // Хирургия. – 1998. – № 10. – С 20–24.
9. Саенко А. Ф., Пягай М. И., Сойттонен А. В., Нагорная О. А., Иншаков Л. Н. Успешное лечение спонтанного разрыва пищевода, осложнившегося пиопневмотораксом и эмпиемой плевры // Вестн. хирургии. – 2001. – № 4. – С. 98–99.

10. Сапожникова М. А., Абакумов М. М., Погодина А. Н. Спонтанный разрыв пищевода. *Арх.пат* 1986: 48, № 2, С. 51–57.
11. Тимербулатов В. М., Нартайлаков М. А., Авзалетдинов А. М., Тимербулатов Ш. В. Спонтанный разрыв пищевода // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2009. – № 2. – С. 34–37.
12. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода. – М.: Медицина, 2000. – 302.
13. Brauer R. Po, Libermann-Meffert D., Stein H.J et al. Boerhaave's syndrome: awalisis of the literature and report of 18 new cases // *Dis Esophagur*. – 1997. – V.10, N1. – P. 64–68.
14. Hafer G., Haunhorst W. H., Stallkamp B. Atraumatic rupture of the esophagus (Boerhaave syndrome) // *Zentralbb. Chir*. – 1990. – V.115, N12. – P 729–735.
15. Grigorovici A., Burcoveanu C., Padureanu S. et al. Spontaneous esophageal rupture in the patients // *Chirurgia (Bucur)*. – 2005. – V.100, N1 – P. 57–62.
16. Koffel C., Dangelse G. et al. Spontaneous rapture of the oesophagus. Two cases recently seen in an intensive care unit // *Press. Med*. – 2004. – V.28, N33 (4). – P. 250–252.
17. Kollmar O., Lindeman W., Richter S. et al. Boerhaave's syndrome: primary repair vs. esophageal resection – case reports and meta-analysis of the literature // *J. Gastrointest. Surg*. – 2003. – V.7, N6. – P. 726–734.
18. Kotsis L., Kostic S., Zubovits K. Multimodality treatment of esophageal disruptions // *Chest*. – 1997. – V.5, N112 (5). – P. 1304–1309.
19. Wright C. D., Grillo H.C, Hildenberg A. D. Reinforced primary repair of thoracic esophageal perforation // *Ann. Thorac. Surg*. – 1995. – V.60, N2 – P. 245–249.