

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА: СИНДРОМ БУРХАВЕ

Полянко Н.И., Галкин В.Н., Годулян А.В., Каниболоцкий А.А.

Городская клиническая больница № 70, городская клиническая больница № 33, Москва

Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве, или «банкетный пищевод») — это особый вид травмы ранее здорового пищевода в виде разрыва его стенки вследствие внезапного резкого повышения внутрипищеводного давления. Впервые описан голландским врачом Н. Voerhaave (1668–1738) у больного с резкой болью в груди и в надчревной области, иррадиирующей в спину, сопровождающейся расстройством глотания, рвотой, затруднением дыхания, развитием шока.

По данным литературы, спонтанный разрыв пищевода относится к категории редких, труднора-спознаваемых нозологических единиц, часто симулирующих различную патологию со стороны других органов. В связи с высокой летальностью (более 50%) и трудностью диагностики правильный диагноз часто устанавливается посмертно.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Главная причина спонтанного разрыва пищевода — сильная рвота, чаще всего возникающая при переедании и употреблении большого количества алкоголя [3]. Внезапное интенсивное забрасывание желудочного содержимого и газов в пищевод при спазме его крико-эзофагального сфинктера приводит к резкому повышению внутрипищеводного давления и разрыву стенки пищевода в наиболее слабом его отделе, который расположен непосредственно над диафрагмой. Резкому повышению внутрипищеводного давления может способствовать сознательное желание предотвратить рвоту в «неудобном месте», например за столом на банкете, отсюда и название — «банкетный пищевод».

Разрыв, как правило, ориентирован продольно, в большинстве случаев локализуется в области задне-левой стенки дистальной части пищевода, обычно сообщается с плевральной полостью (чаще левой). Попадание желудочного содержимого в средостение и плевральные полости приводит к тяжелой интоксикации и высокой летальности (около 50%) [1, 2, 3].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Для спонтанного разрыва пищевода характерны следующие симптомы:

- режущие боли в груди или в эпигастральной области, внезапно возникающие в момент приступа рвоты (симптомы могут напоминать таковые при язве желудка и двенадцатиперстной кишки), боль может иррадиировать в левое надплечье и левую поясничную область, нарастает при глотании;
- бледность кожных покровов, потливость, тахикардия, учащенное, поверхностное, затрудненное дыхание;
- эмфизема мягких тканей шеи (вследствие скопление воздуха в подкожной жировой клетчатке).

Основными инструментальными методами для подтверждения диагноза спонтанного разрыва пищевода являются ЭГДС и рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

В нашей клинической практике мы наблюдали подобный случай.

НАБЛЮДЕНИЕ

Больная К. 65 лет была доставлена в отделение реанимации в тяжелом состоянии. При осмотре жаловалась на слабость, одышку, гипертермию до 38,5. Из анамнеза известно, что накануне госпитализации больная отмечала семейный праздник, много ела. Спустя некоторое время почувствовала себя плохо, была однократная рвота, после которой возникла острая боль в груди, несколько позднее — в спине. Около 20 лет назад перенесла операцию по поводу ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки. При осмотре одышка до 36 в минуту. При аускультации в нижних долях легких выслушивались крепитирующие хрипы. Перкуторно отмечалось притупление перкуторного звука, больше слева над нижней долей. Тахикардия до 144 ударов в минуту, артериальное давление 80/30 мм рт.ст. Патологии



Рис. 1

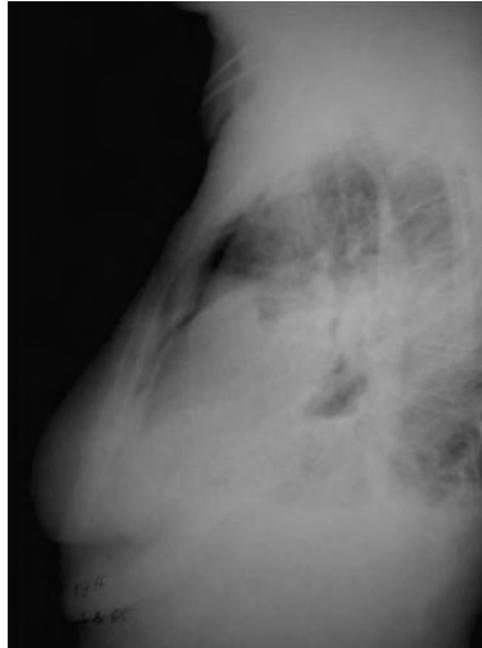


Рис. 2



Рис. 3

со стороны органов брюшной полости не обнаружено. При поступлении больной в отделение была пунктирована и катетеризирована левая подключичная вена, установлен желудочный зонд, по которому выделялось застойное желудочное отделяемое. Через 10 минут после поступления на фоне нарастающей сердечно-легочной недостаточности было принято

решение о переводе пациентки на управляемую вентиляцию легких. Выполнена бронхоскопия, при которой в просвете бронхиального дерева обнаружено небольшое количество слизисто-гнояного секрета. Начата антибактериальная терапия. Выполнена рентгенография органов грудной клетки, при которой выявлено, что в нижней и язычковой долях ле-

вого легкого, нижней доле правого легкого определяется паренхиматозная инфильтрация (рис. 1). Слева определялась полость с горизонтальным уровнем жидкости (рис. 2). В плевральных полостях обнаружена жидкость. Выставлен диагноз: абсцедирующая нижнедолевая пневмония слева, полисегментарная в нижней доле справа, парапневмонический экссудативный плеврит. Диагноз пневмонии сомнений не вызывал. Состояние больной, несмотря на проводимую комплексную интенсивную терапию, прогрессивно ухудшалось, нарастала левожелудочковая, а также дыхательная недостаточность. На фоне нарастающей сердечно-легочной недостаточности через сутки с момента госпитализации наступил летальный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Edward, C.K. Robbins and Cotran atlas of pathology / C.K. Edward // 1-st ed, Elsevier, 1990. — 156 p.
2. Vinay, K. Robbins and Cotran pathologic basis of disease / K. Vinay, K. Abul, F. Nelson // 7th ed, Elsevier, 2006. — 802 p.
3. Steven G.S. Principles and practice of surgical pathology / G.S. Steven // Churchill livingstone. Inc. 1990. Vol 1. — 1024 p.

При патологоанатомическом исследовании в плевральных полостях обнаружена мутная коричневатая жидкость в объеме справа 300 мл, слева — 800 мл, а также пищевые массы различной консистенции, с включением семян томата (справа в объеме 100 мл, слева — 250 мл). На задней стенке нижней трети пищевода на 1 см выше диафрагмы выявлен сквозной дефект стенки продольного направления с мелкобахромчатыми краями в верхней части, размерами 2,5×1,5 см, проникающий в левую плевральную полость (рис. 3).

Таким образом, с учетом данных анамнеза, клинической картины заболевания, результатов аутопсии в данном случае можно констатировать спонтанный разрыв пищевода или синдром Бурхаве.