

УДК 616.329.-001.5-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА

Проф. В. В. БОЙКО, проф. В. Н. ЛЫХМАН, А. А. МЕРКУЛОВ,
канд. мед. наук С. В. ТКАЧ, Д. Ю. ГУЛЯЕВА

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины»,
Харьков, Украина*

Представлены результаты лечения больных со спонтанным разрывом пищевода. Применение разработанной индивидуализированной тактики лечения пациентов данной группы с активным использованием различных современных методов позволяет улучшить его результаты.

Ключевые слова: пищевод, спонтанный разрыв, наружный пищеводно-плевральный свищ.

Несмотря на использование огромного спектра современных оперативных методов лечения спонтанного разрыва пищевода, эта проблема не теряет своей актуальности, так как является редким и очень тяжелым заболеванием.

По данным ряда авторов, на 161 случай перфорации пищевода различной этиологии приходится 5 (3,1%) со спонтанным разрывом. Встречается преимущественно у мужчин в возрасте 30–60 лет. Термин «спонтанный разрыв пищевода» применим к лицам, у которых ранее не было заболеваний этого органа. В литературе встречаются и другие его названия: «синдром Бурхаве», «барогенный, нетравматический разрыв пищевода», «апоплексия пищевода». Разрыву пищевода часто предшествуют сильная рвота, надрывной кашель, эпилептический припадок, роды. При этом в результате сильных сокращений мышц живота, диафрагмы содержимое желудка устремляется через кардию в пищевод, и если в этот момент привратник и глоточно-пищеводный сфинктер оказываются сомкнутыми, то в пищеводе резко повышается давление и он разрывается в наиболее слабой части на расстоянии 2,5–7,5 см от кардии по заднебоковой левой стенке. Сама стенка пищевода

чаще всего разрывается в продольном направлении на протяжении 1–8 см, распространяясь иногда на желудок. В средней трети пищевода чаще повреждается его правая стенка, а спонтанные разрывы шейного и абдоминального отделов наблюдаются очень редко.

Несмотря на то что спонтанный разрыв пищевода никто не оспаривает, у ряда больных все же обнаруживаются воспалительные изменения в стенке органа, врожденные сегментарные дефекты мышечной оболочки, кардиоспазм, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Предрасполагающими факторами являются переизбыток, алкогольное опьянение, резкое физическое напряжение, прием большого количества газированной жидкости.

Края разрыва неровные, пропитаны кровью, инфильтрированы лейкоцитами. Через несколько часов после разрыва воспаление распространяется на средостение. Разрыв пищевода может быть неполным, сопровождаясь образованием интрамуральной гематомы. Основные жалобы пациентов — боль и дисфагия. Такие неполные разрывы пищевода напоминают синдром Маллори — Вейсса. Не без оснований некоторые авторы считают

синдром Бурхаве и синдром Маллори — Вейсса одним и тем же заболеванием.

Цель работы — улучшить диагностику и результаты лечения больных со спонтанным разрывом пищевода, сократить время их реабилитации после операции, а также уменьшить количество осложнений и показатель общей летальности.

Были проанализированы результаты лечения пяти пациентов со спонтанным разрывом пищевода в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ» за период с 2014 по 2017 г. Мужчин было 4 (80,0%), женщин — 1 (20,0%). Возраст пациентов составил от 36 до 60 лет, среди них 80% — лица трудоспособного возраста. С момента разрыва пищевода до госпитализации в клинику прошло от 12 ч до 14 сут.

Диагноз пациентов при их поступлении в районные больницы таковы: острый панкреатит — у одного, гидропневмоторакс у двух, прободная язва луковицы двенадцатиперстной кишки — у одного, инородное тело пищевода с перфорацией — у одного.

Все пациенты отмечали острое начало заболевания, возникшее после физической нагрузки, интенсивной рвоты. Состояние при поступлении в нашу клинику тяжелое. На обзорных рентгенограммах грудной клетки у пяти больных наблюдалась картина левостороннего гидропневмоторакса. Двое с поздними сроками поступления продолжали принимать пищу естественным путем. Все пациенты были доставлены в отделение с основным диагнозом гидропневмоторакс. Им всем было выполнено дренирование плевральных полостей, назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Лечение в клинике всем больным проводилось аналогичное. Из числа этих пациентов умер один больной 62 лет, страдающий раком нижней трети пищевода. Представляем клиническое наблюдение.

Больной М., 56 лет, поступил в ургентном порядке из центральной районной больницы (ЦРБ) в клинику ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ». Предъявлял жалобы на боли в области грудной клетки, затруднение прохождения слюны, пищи.

Из анамнеза: за сутки до поступления в стационар на фоне полного благополучия во время поднятия тяжести больной отметил резкую боль в области грудной клетки, появление неукротимой рвоты. Пациент обратился в ЦРБ, где ему был поставлен предварительный диагноз — спонтанный разрыв пищевода. Из-за отсутствия специального оборудования направлен для дальнейшего лечения в специализированное лечебное учреждение.

В нашей клинике больной был обследован (ФГДС, рентгенологическое исследование органов грудной клетки); в средней трети пищевода — дефект по правой стенке. Диагноз подтвержден, и выполнено оперативное лечение в объеме эндоскопического стентирования дефекта, дренирование по Бюлау справа. В раннем послеоперационном периоде у пациента наблюдались явления дыхательной недостаточности, поступление жидкости с примесью слюны и пищи. Больному рег ос введено

водорастворимое контрастное вещество. Проведено рентгеноскопическое исследование.

Заключение: определяется затек контрастного вещества из пищевода в левую плевральную полость.

Принято решение о повторном стентировании с одномоментным использованием способа, разработанного в клинике. Повторное стентирование было выполнено больному на 7-е сутки от начала заболевания. Одновременно ему был установлен зонд Блекмора с целью ограничения поступления в рану пищеводного содержимого. В послеоперационном периоде его не наблюдалось. Через две недели баллон был спущен, дренаж по Бюлау извлечен. Рентген, УЗИ-контроль плевральных полостей жидкости не выявили. Через 16 дн зонд извлечен.

Больной выписан домой, где он выполнял все рекомендации. Через 6 мес при контрольном обследовании эндоскопическое исследование пищевода и желудка, а также рентгенологическое исследование грудной клетки — без особенностей.

Лечение больных с пищеводно-плевральным свищем начинали с восстановления адекватного энтерального питания и эффективного дренирования плевральной полости. Всем больным был установлен пищеводный стент с покрытием и зонд Блекмора, которые, как показал рентген-контроль, полностью блокировали поступление контраста за пределы пищевода. Однократное стентирование с установкой зонда Блекмора выполнено четырем пациентам, одному — два стентирования: первое без зонда Блекмора (на 2-е сутки стент пришлось установить повторно из-за его миграции), повторное — с применением зонда. Для профилактики пролежней ежедневно проводилось многократное спускание баллонов.

При внедрении методики нашей клиники послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Несмотря на внедрение новых технологий, установить стент не всегда представляется возможным, и тогда в клинике проводятся оперативные вмешательства открытым путем. Так, за период 2013–2016 гг. их было восемь, у трех больных наблюдались осложнения, у двух — летальный исход.

Таким образом, у всех пациентов с острым развитием пневмоторакса необходимо тщательно собирать анамнез, отмечая эпизоды многократной неукротимой рвоты. В стандарты обследования больных необходимо ввести рентгенконтрастное и эндоскопическое исследования пищевода (с минимальной инсuffляцией воздуха) как уточняющий метод топической диагностики. Комплексное хирургическое лечение повреждений пищевода позволяет уменьшить травматичность оперативного вмешательства и сократить время операции.

Питание больного в процессе лечения осуществляется естественным путем (непосредственно в желудок через пищевод, а не через стому). За счет этого уменьшается время реабилитации после операции, количество осложнений, а также снижается показатель общей летальности в данной группе пациентов.

Список литературы

1. *Ivatury R. R.* Oesophageal injuries: position paper / R. R. Ivatury // *World J. Emerg. Surg.*— 2014.— № 9 (1).— P. 9–10.
2. *Kelechi E.* Is oesophagectomy or conservative treatment for delayed benign oesophageal perforation the better option? / E. Kelechi, B. Emeka // *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.*— 2012.— № 10.— P. 509–511.
3. *Mennigen R.* Novel treatment options for perforations of the upper gastrointestinal tract: endoscopic vacuum therapy and over-the-scope clips / R. Mennigen // *World J. Gastroenterol.*— 2014.— № 20 (24).— P. 7767–7776.
4. *Кочуков В. П.* Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) / В. П. Кочуков // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова.*— 2012.— № 7.— С. 83–84.
5. *Ринчинов В. Б.* Первый опыт применения эндоскопической вакуумно-аспирационной терапии в лечении спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхаве) / В. Б. Ринчинов // *Acta Biomedica Scientifica.*— 2017.— С. 136–139.
6. *Wahed S.* Spectrum of esophageal perforations and their influence on management / S. Wahed // *Br. J. Surg.*— 2014.— № 101 (1).— P. 156–162.
7. Синдром Бурхаве в неотложной абдоминальной хирургии / В. Ф. Чикаев, Ю. В. Бондарев, А. Л. Мавзютов, Е. С. Сорокина // *Казанский медицинский журн.*— 2016.— С. 963–968. doi: 10.17750/КМЖ2016-963

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ СПОНТАННОГО РОЗРИВУ СТРАВОХОДУ

В. В. БОЙКО, В. М. ЛИХМАН, А. О. МЕРКУЛОВ, С. В. ТКАЧ, Д. Ю. ГУЛЯЄВА

Подано результати лікування хворих зі спонтанним розривом стравоходу. Застосування розробленої індивідуалізованої тактики лікування пацієнтів цієї групи з активним використанням різних сучасних методів дає змогу покращити його результати.

Ключові слова: стравохід, спонтанний розрив, зовнішній стравохідно-плевральний свищ.

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE

V. V. BOIKO, V. M. LYKHMAN, A. O. MERKULOV, S. V. TKACH, D. Yu. HULIAIEVA

The results of treatment of patients with spontaneous rupture of the esophagus are presented. The use of the developed individualized treatment tactics with the use of different modern methods allows the increase in treatment efficiency.

Key words: esophagus, spontaneous rupture, external esophageal pleural fistula.

Поступила 13.11.2017