

СИНДРОМ БУРХАВЕ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Вячеслав Фёдорович Чикаев*, Юрий Викторович Бондарев, Андрей Львович Мавзютов,
Елена Сергеевна Сорокина

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;
Городская клиническая больница №7, г. Казань, Россия

Поступила 22.07.2016; принята в печать 23.08.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-963

Цель. Представить случай спонтанного разрыва пищевода в связи с его редкостью, разнообразием клинических проявлений, сложностью диагностики и лечения данной патологии.

Методы. За последние 3 года в ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани зарегистрировано три случая повреждения пищевода. Возраст пациентов колебался от 48 до 67 лет, в числе больных были 2 женщины и 1 мужчина со спонтанным разрывом пищевода.

Результаты. В стационар был госпитализирован пациент 48 лет с жалобами на рвоту с примесью крови с последующим появлением боли за грудиной (это произошло сразу после праздника и алиментарной нагрузки). Больному проведена экстренная фиброгастроудоденоскопия. При эндоскопическом исследовании обнаружены признаки диафрагмальной грыжи, на левой стенке пищевода над кардиальным жомом выявлено два разрыва слизистой оболочки пищевода длиной до 3 см. Диагноз: «Синдром Мэллори–Вейсса, осложнённый кровотечением». Операция: лапаротомия, ревизия брюшной полости. В брюшной полости грязно-геморрагический выпот, брюшина воспалена, признаки распространённого перитонита. Произведена круротомия диафрагмы. При ревизии в абдоминальном отделе пищевода выявлено два продольных разрыва левой стенки длиной 3 и 1,5 см в 8 см от кардиального жома. Произведено ушивание разрывов непрерывным обвивным атравматическим швом. Нижнее средостение дренировано двумя двухпросветными трубками, в желудок через нос установлен зонд. Назначен контроль с помощью компьютерной томографии и ультразвукового исследования грудной полости в динамике. Питание через зонд продолжалась 20 дней. По двухпросветной трубке средостение промывали водным раствором хлорексидина и химотрипсином до 32-х суток. Пациент выписан на 34-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Одним из этиологических факторов спонтанного разрыва пищевода может быть диафрагмальная грыжа пищевода на фоне повышения внутрипищеводного давления; ранее оперативное вмешательство, ушивание разрыва пищевода, дренирование и промывание средостения в послеоперационном периоде — основа лечения при разрыве пищевода.

Ключевые слова: синдром Бурхава, разрыв пищевода, комплексное лечение.

BOERHAAVE SYNDROME IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

V.F. Chikaev, Yu.V. Bondarev, A.L. Mavzyutov, E.S. Sorokina

Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

City Clinical Hospital №7, Kazan, Russia

Aim. To present a case of spontaneous rupture of esophagus taking into account its rarity, diversity of clinical manifestations, complexity of making a diagnosis and treatment of this disease.

Methods. Over the past three years in Kazan City Clinical Hospital №7 three cases of the esophageal damage were registered. The age of the patients ranged from 48 to 67 years, including 2 females and 1 male with spontaneous rupture of esophagus.

Results. A 48-year old patient was admitted to the hospital complaining of vomiting with blood followed by appearance of retrosternal pain which appeared immediately after the holiday and nutritional stress. Emergency fibrogastroduodenoscopy (FEGDS) was performed. Endoscopy revealed signs suggestive of diaphragmatic hernia, and 2 ruptures of esophageal mucous membrane up to 3 cm on the left wall of esophagus above the cardiac sphincter. The diagnosis of Mallory–Weiss syndrome complicated with bleeding was made. Surgery: laparotomy, abdominal revision. The abdominal cavity had dark hemorrhagic discharge, inflamed peritoneum and signs of diffuse peritonitis. Diaphragmatic crurotomy was performed. Revision of abdominal esophagus revealed two longitudinal ruptures of the left esophageal wall 1.5 and 3 cm long 8 cm up from the cardiac sphincter. The ruptures were sutured by discontinuous atraumatic encircling stitch. Lower mediastinum was drained with two double-lumen tubes, the gastric probe was installed through the nose. During the follow up CT scan and ultrasound of thoracic cavity were performed. Liquid nutrition through the probe lasted up to 20 days. The mediastinum was lavaged through double-lumen tube with an aqueous solution of chlorhexidine and chymotrypsin up to 32 days. The patient was discharged on day 34 in a satisfactory condition.

Conclusion. One of the etiologic factors of spontaneous esophageal rupture may be diaphragmatic hernia of the esophagus with increased intraesophageal pressure; early surgical intervention, suturing of esophageal rupture, mediastinal drainage and lavage in the postoperative period are fundamental steps in the treatment of esophageal rupture.

Keywords: Boerhaave syndrome, esophageal rupture, comprehensive treatment.

Почти три века прошло с тех пор, как впервые голландским врачом Германом Бурхаवे (Hermann Boerhaave) был описан спонтанный

разрыв пищевода [2]. Понадобилось ещё полтора века, чтобы впервые клинически диагностировать этот синдром (V. Myers) [4]. Только через 100 лет был получен клинически положительный результат лечения. Первый случай выздо-

рования пациента с синдромом Бурхаве был описан N.W. Frink в 1947 г. [6].

В мировой литературе к 1998 г. описано всего около 300 наблюдений спонтанного разрыва пищевода [1]. Они составляют 2–3% всех случаев повреждения пищевода [6]. По литературным данным, такие пациенты составляют 0,25% всех больных в отделениях торакальной хирургии [3].

Своевременная диагностика данного заболевания представляет большие трудности в связи с его редкостью и разнообразием клинической картины. По литературным данным, задержка в постановке правильного диагноза и начале адекватного лечения происходит более чем в 50% случаев, приводя к уровню смертности 40–60%. При спонтанном разрыве пищевода гнойные осложнения возникают у 78% больных, послеоперационная смертность достигает 25–85% и напрямую зависит от времени, прошедшего с момента перфорации пищевода до проведения оперативного вмешательства [1, 7, 8].

Цель работы — представить случай спонтанного разрыва пищевода в связи с его редкостью, разнообразием клинических проявлений, сложностью диагностики и лечения данной патологии.

За последние 3 года в ГАУЗ Городская клиническая больница №7 находились на лечении по поводу повреждения пищевода 3 пациента: 2 женщины и 1 мужчина. Возраст пациентов колебался от 48 до 67 лет.

В одном случае женщина проглотила большой кусок шашлыка, который застрял в средней трети пищевода. При попытке эндоскопического удаления произошла перфорация пищевода. У пациентки сразу появились боль за грудиной, изменение голоса и подкожная эмфизема шеи. Больная переведена в торакальное отделение, оперирована в экстренном порядке торакотомным доступом, произведены ушивание пищевода, дренирование средостения и плевральной полости. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Во втором случае женщина проглотила рыбью кость, которая застряла в поперечном направлении в пищеводе. Кость удалена эндоскопическими щипцами, но при этом произошло проникающее повреждение слизистой оболочки пищевода длиной 5 см. После удаления кости была назначена противовоспалительная и антибактериальная терапия. По данным компьютерной томографии (КТ) признаков медиастинита не было. На 2-е сутки у больной развился инфаркт миокарда. Выписана в удовлетворительном состоянии после окончания курса лечения.

Наибольший интерес представляет редкий случай спонтанного разрыва пищевода 48-летнего пациента Х., госпитализированного в наш стационар 29.12.2015 в 23:00. Больной доставлен бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на рвоту с примесью крови с последующим появлением боли за грудиной. Симптомы появились сразу после праздника и алиментарной нагрузки. В анамнезе у больного диафрагмальная грыжа.

При госпитализации самочувствие удовлетворительное. Частота сердечных сокращений 90 в минуту. Артериальное давление 130/90 мм рт.ст. Живот правильной формы участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. На электрокардиограмме признаков инфаркта миокарда нет.

С целью исключения желудочно-кишечного кровотечения больному проведена экстренная фиброэзофагогастродуоденоскопия. Результаты эндоскопического исследования: рефлюкс желудочного содержимого в пищевод, признаки диафрагмальной грыжи, на левой стенке надкардиальным жомом два разрыва слизистой оболочки пищевода длиной до 3 см с умеренной геморрагией по краям, на дне раны фибрин, некротические ткани. Детальный осмотр желудка провести не удалось ввиду неподготовленности пострадавшего к исследованию. Случай расценён как синдром Мэллори–Вейсса с состоявшимся кровотечением. После эндоскопического исследования ухудшения состояния не было.

Назначены инфузионная и гемостатическая терапия, динамическое наблюдение.

Для синдрома Бурхаве характерна картина триады Маклера [3]:

- 1) рвота съеденной пищей (в рвотных массах присутствует примесь крови);

- 2) подкожная эмфизема в шейно-грудной области вследствие скопления воздуха в подкожной жировой клетчатке;

- 3) сильная режущая боль в грудной клетке (реже в области живота), внезапно возникающая в момент приступа рвоты (может напоминать боль при язве желудка и двенадцатиперстной кишки), которая способна иррадиировать в левое надплечье и левую поясничную область, нарастает при глотании.

В описываемом случае присутствовало только два симптома из триады, что не является специфичным для синдрома Бурхаве.

30.12. 2015. в 9:00 больной отмечает ухудшение состояния. Боли в эпигастральной области усилились, распространились по всему животу, появились симптомы раздражения брюшины. На рентгенограмме грудной клетки выпота в плевральной полости, расширения средостения нет.

С учётом нарастания абдоминального синдрома, признаков перитонита поставлен диагноз: «Перфорация пищевода, перитонит».

Проведена лапаротомия с коррекцией оперативного доступа ранорасширителями РСК-10. В брюшной полости мутный геморрагический выпот, больше в верхнем этаже, петли кишечника отёчны, гиперемированы. При ревизии патологии в брюшной полости не выявлено, проведена санация брюшной полости с активной аспирацией содержимого. Произведена круротомия диафрагмы. Клетчатка средостения над диафрагмой имбибирована гнойно-геморрагическим отделяемым.

По литературным данным, наиболее часто

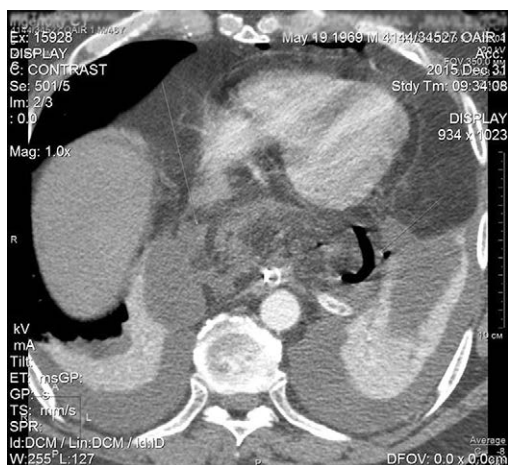


Рис. 1. Компьютерная томограмма грудной клетки пациента X. от 31.12.2015. По ходу пищевода в нижнем этаже заднего средостения скопление жидкости 51×89 мм. Слева от скопления жидкости дренажная трубка. В обеих плевральных полостях свободная жидкость. Правосторонняя нижнедолевая пневмония. Двусторонний гидроторакс

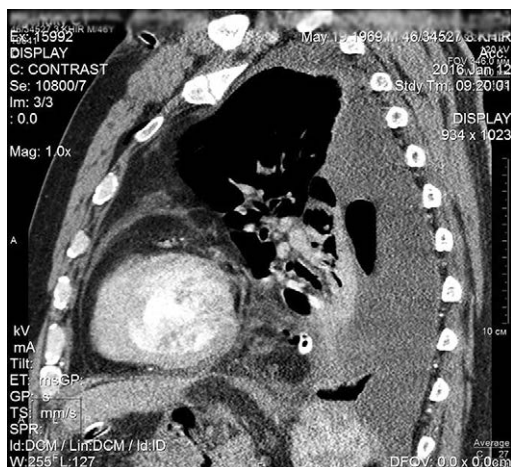
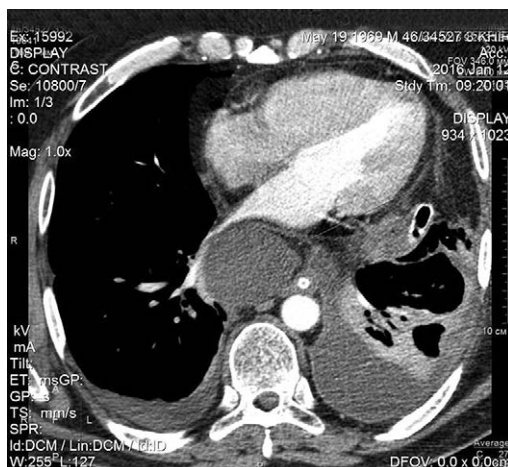


Рис. 2. Компьютерная томограмма грудной клетки пациента X. от 12.01.2016. Средостение расширено. В нижнем этаже заднего средостения скопление жидкости 51×96 мм. Вокруг дренажной трубки пузырьки воздуха

повреждается левая стенка пищевода, что связано с его анатомическим строением и изменением стенки пищевода [5] в связи с предшествующей патологией, такой как недостаточность кардиального жома и рефлюкс желудочного содержимого.

При ревизии абдоминального отдела пищевода выявлено два продольных разрыва левой стенки пищевода длиной 3 и 1,5 см. Произведены ушивание разрыва непрерывным обивным швом атравматической иглой и подведение пряди большого сальника. Нижнее средостение дренировано двумя двухпросветными полихлорвиниловыми трубками для активного промывания, марлевым сигарным дренажем. В желудок через нос установлен зонд. В брюшную полость подведены двухпросветные полихлорвиниловые трубки с установкой в поддиафрагмальное пространство.

Сразу после операции выполнена рентгенография грудной клетки. Признаков пневмоторакса, выпота в плевральной полости нет.

Комплексное лечение осуществляли в отделении интенсивной терапии и реанимации (антибактериальная, инфузионная, противовоспалительная, нутритивная терапия, респираторная поддержка).

В динамике проводили контрольные КТ и ультразвуковое исследование (УЗИ) грудной клетки. В 1-е сутки прогрессировали нижний медиастинит и воспалительный процесс в плевральной полости слева (рис. 1).

02.01.2016 по данным УЗИ плевральной полости содержание жидкости справа 250 мл, слева — 450 мл. Проведено дренирование с промыванием левой плевральной полости. Дренажная трубка из плевральной полости удалена на 11-е сутки.

По двухпросветной трубке средостение промывали водным раствором хлоргексидина с последующим введением химотрипсина. По данным КТ грудной клетки от 12.01.2016. воспалительный процесс в плевральной полости и

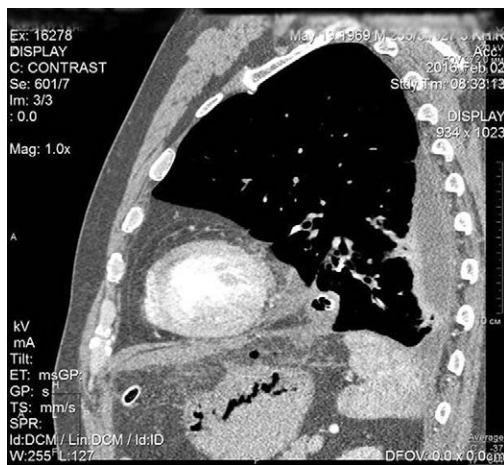
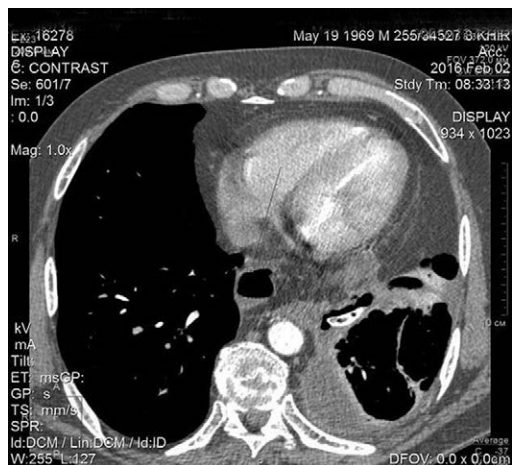


Рис. 3. Контрольная компьютерная томография грудной клетки пациента Х. от 02.02.2016 (32-е сутки лечения). В средостении и плевральных полостях воспалительный процесс купировался

средостении сохраняется (рис. 2.)

Питание через зонд продолжалась в течение 20 дней, в этот период больной получал *per os* облепиховое масло по 1 чайной ложке.

20.01.2016 под контролем УЗИ проведена пункция левой плевральной полости. Удалено 180 мл жидкости. По данным УЗИ от 21.01.2016 свободной жидкости в плевральных полостях нет. Нормализация температурной реакции зафиксирована на 30-е сутки. По дренажной трубке средостение промывали до 32-х суток. После контрольной КТ 02.02.2016 трубка удалена (рис. 3).

Выписан на 34-е сутки в удовлетворительном состоянии. Перед выпиской проведена фиброэзофагогастродуоденоскопия: эндоскопически — полное заживление ушитого разрыва пищевода, проходимость не нарушена.

ВЫВОДЫ

1. Одним из этиологических факторов спонтанного разрыва пищевода у пациента была диафрагмальная грыжа пищевода на фоне повышения внутрипищеводного давления вследствие рвоты.

2. Компьютерная томография служит золотым стандартом диагностики и динамического наблюдения за течением патологического процесса при синдроме Бурхава.

3. Раннее оперативное вмешательство с ушиванием разрыва пищевода является основополагающим в лечении при разрыве пищевода.

4. Вид оперативного доступа при спонтанном разрыве пищевода зависит от уровня разрыва.

5. Активное дренирование с промыванием средостения в послеоперационном периоде — один из важных аспектов в лечении медиастинита.

966

ЛИТЕРАТУРА

1. Корымасов Е.А., Беньян А.С., Пушкин С.Ю. и др. Спонтанный разрыв пищевода, осложнённый распространённым гнойно-некротическим медиастинитом и сепсисом. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2011; (1): 70–71. [Korymasov E.A., Benyan A.S., Pushkin S.Yu. et al. Spontaneous esophageal rupture complicated with diffuse purulent necrotic mediastinitis and sepsis. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2011; (1): 70–71. (In Russ.)]
2. Кочуков В.П. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава). *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2012; (7): 83–84. [Kochukov V.P. Spontaneous esophageal rupture (Boerhaave syndrome). *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2012; (7): 83–84. (In Russ.)]
3. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава). *Эндоскопич. хир.* 2009; (6): 48–50. [Timmerbulatov Sh.V., Timerbulatov V.M. Spontaneous esophageal rupture (Boerhaave syndrome). *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2009; (6): 48–50. (In Russ.)]
4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. *Хирургия пищевода*. Руководство для врачей. М.: Медицина. 2000; 340–352. [Chernousov A.F., Bogopol'skiy P.M., Kurbanov F.S. *Khirurgiya pishchevoda. Rukovodstvo dlya vrachev*. (Surgery of the esophagus: handbook for the physicians.) Moscow: Meditsina. 2000; 340–352. (In Russ.)]
5. Юрасов С.Е. Спонтанный разрыв абдоминального отдела пищевода. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 1999; (4): 58. [Yurasov S.E. Spontaneous rupture of abdominal esophagus. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 1999; (4): 58. (In Russ.)]
6. Curci J.J., Horman M.J. Boerhaave's syndrome: The importance of early diagnosis and treatment. *Ann. Surg.* 1976; 183 (4): 401–408.
7. De Schipper J.P., Pull ter Gunne A.F., Oostvogel H.J., van Laarhoven C.J. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm. *Digestive Surg.* 2009; 26 (1): 16.
8. Vana J., Celec J., Kaco L., Bizik L. Un diagnosed primary Boerhaave syndrome. *Rozhl. Chir.* 2002; 81 (2): 51–53.