

## К вопросу о разрывах пищевода.

Ординатора Н. Г. Лычманова.

В основу настоящего сообщения лег случай разрыва пищевода газамн, представляющий значительный интерес как по своей редкости, так и по той обстановке, в которой произошло данное повреждение.

Больной В. П., 16 л., крестьянин, поступил в клинику 9 II 1925. По словам доставших его родственников он три дня тому назад печально произвел себе выстрел в рот из шомпольного ружья, заряженного холостым зарядом. Подробности таковы: П. у себя дома стал чистить ружье, которое он за несколько дней до этого одолжил в сельский театр; здесь бывший в ружье холостой заряд остался неиспользованным, и ружье было возвращено нашему больному с предупреждением, что заряд еще находится в стволе. Зная об этом, больной стал перед чисткой разряжать ружье от пороха, для чего высыпал некоторую часть последнего. Затем, желая продуть дуло, взял в рот конец ствола и в этот момент как-то, неосторожным движением руки, задел за курок, в результате чего произошел выстрел в полость рта. Тотчас же после выстрела изо рта и носа появилось кровотечение. Больной выбежал из дому, намереваясь позвать кого-нибудь на помощь, но дальше на ногах держаться не мог и упал на землю. Подоспевшие родственники подняли его и доставили в комнату. Все это время П. находился в полном сознании, дыхание у него было затруднено, и в продолжении 3—4 часов из полости рта, при частых каплевых толчках, выделялась кровь—вначале чистая, а затем с примесью слизи. Потом больной был доставлен на лошади в сельскую больницу, где местным врачом была сделана попытка ввести желудочный зонд; но последний, по словам П., уже в начальной части пищевода остановился. причиняя больному сильную боль и вызывая приступы кашля, опять с обильным кровотечением. В сельской больнице пациент оставался два дня, причем ему при помощи баллона делали промывания полости глотки и рта раствором *kalі hypermanganicі*, а также клизмы из физиологического раствора. За эти дни кровотечения у П. не было, была лишь некоторая окраска слюны в розовый цвет. Больной все время ощущал сильную жажду, аппетита же не было, попытки проглотить немного жидкости и пищи кончались неудачей. Вследствие затрудненного дыхания пациент не мог лежать на спине и находился в полусидячем положении. На третий день после ранения П. был доставлен в город и поступил в клинику, где при объективном исследовании его были получены следующие данные:

больной среднего роста, правильного сложения. Кожа и видимые слизистые бледны, подкожно-жировой слой и мускулатура развиты слабо, скелет нормален. Дыхание поверхностное и частое, имеется небольшой сухой кашель. Наблюдаются явления подкожной эмфиземы, распространяющейся от верхнего края щитовидного хряща книзу до середины грудины; по бокам границами распространения воздуха в подкожной клетчатке служат наружные края грудино-ключичной мышцы и их продолжения вниз. При аускультации в легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухи, пульс 90 в минуту, слабого наполнения. Сознание сохранено, апатия. На слизистой губ поверхностные трещины, язык сух и обложен, видимая полость глотки гиперэмирована и несколько отечна, на мягком небе заметны вкрапленные порошинки. Со стороны мочеполовых органов отклонений от нормы не наблюдается. Суточное количество мочи понижено.

На другой день после поступления больного в клинику была сделана попытка ввести ему осторожно желудочный зонд, но последний остановился несколько ниже уровня щитовидного хряща, причиняя пациенту сильные боли. В виду полной

невозможности для больного принимать твердую и жидкую пищу, ему были назначены питательные клизмы. На третий день, в виду продолжавшихся явлений полной непроходимости пищевода, резкой слабости и упадка сил у больного, последнему была произведена операция гастростомии под местной анестезией.

На второй день после операции, т. е. 12/II, в 12 ч. дня, у больного появилось отхаркивание крови вначале изредка, затем быстро нараставшее. До 5 часов вечера кровотечение было довольно значительным, хотя и неугрожающим, и только с этого времени оно стало постепенно стихать и к утру следующего дня совершенно прекратилось. Больному были назначены кровоостанавливающие средства и морфий. Кроме того, с момента операции больной получал через наложенный свищ жидкую питательную пищу. 16/II: кровотечения нет, явления подкожной эмфиземы несколько меньше, жалобы на боль в правой подключичной области. 20/II: больному произведена рентгеноскопия с висмутовой кашей, которая при прохождении через пищевод остановилась на уровне щитовидного хряща; общее самочувствие улучшается, явления эмфиземы идут на убыль. 23/II: больному вторично произведена рентгеноскопия с висмутовой кашей, причем вся масса каши так же, как и в первый раз, задержалась на уровне щитовидного хряща; лишь после неоднократных попыток со стороны больного проглотить данную ему контрастную массу появилась по ходу пищевода узкая, толщиною со спичку, извилистая полоска затемнения, — часть принятой каши с трудом, следовательно, была протолкнута больным через место повреждения пищевода. 6/III: больной отмечает прохождение в желудке небольшого количества жидкости через рот, при некотором затруднении в шейном отделе пищевода. В дальнейшем больному стали производить бужирование пищевода с постепенным повышением диаметра бужей, причем проходимость пищевода для пищи постепенно улучшалась, и 18/III трубка из желудочного свища была удалена. 28/III: у больного была произведена эзофагоскопия, выяснившая, что на расстоянии 8 сант. от начала пищевода, на передней стенке его, имеется вертикально расположенная, глубокая гранулирующая рана длиною в 3 сант.; на задней стенке пищевода, на расстоянии 5—6 сант. от входа, обнаружен свежий рубец небольшой величины, и здесь же, несколько ниже, констатировано некоторое выпячивание стенки пищевода (дивертикул?). Больной был выписан из клиники для амбулаторного наблюдения с явлениями сужения пищевода в верхней трети и проходимостью его для жидкой и полужидкой пищи.

Таким образом на основании анамнеза, субъективных жалоб и данных объективного исследования в описанном случае можно было предположить почти с несомненностью разрыв пищевода, явившийся следствием давления со стороны пороховых газов при выстреле.

По указаниям Венгловского разрывы пищевода наступают обычно совершенно неожиданно, среди полного здоровья, благодаря какому-нибудь внешнему воздействию, или же и без всякой видимой причины. Но до сих пор мы не имеем еще классификации, охватывающей все возможные случаи травматических повреждений пищевода, — вероятно ввиду очень ограниченного числа опубликованных случаев. Здесь же приходится оговориться, что все авторы под разрывом пищевода понимают не полный перерыв всей пищеводной трубки; — таких случаев в доступной мне литературе не встречалось, — а больший или меньший сквозной разрыв части ее стенки, в большинстве случаев, как увидим дальше, продольный, редко — поперечный.

Статистические данные по вопросу о разрывах пищевода, как уже сейчас сказано, весьма невелики ввиду крайней редкости этого вида повреждения. Так, Petren, в 1909 г., собрал в литературе всего 24 случая, а Sohn — 38, причем из них в 30 случаях разрывы были самопроизвольные, т. е. происшедшие без видимой причины, совершенно неожиданно, при состоянии полного здоровья больных, и только в единичных случаях причиной разрывов были грубые внешние насилия, напр., сдавливание буферами, телегой, падение с высоты и т. п. Но даже и эти немногие случаи явно-травматического происхождения все

же некоторыми авторами, напр. Zenker'ом, Ziemssen'ом и др., рассматриваются, как имеющие в своей основе те или иные патологические изменения стенки пищевода. В доказательство эти авторы ссылаются на экспериментальные данные, свидетельствующие, что самостоятельного разрыва нормального пищевода быть не может,—для этого необходимо наличие изменения его стенок.

Таким изменением названные авторы считают эзофагомалицию—размягчение стенок пищевода, возникающее большею частью под влиянием злоупотребления алкоголем. Далее, некоторые авторы (Petren, Brosch и др.) считают предрасполагающими к разрыву пищевода моментами наличие в стенках его язв и рубцов, омертвление стенок и их истончение: в подобных случаях достаточно бывает иногда небольшого напряжения в виде кашлевого толчка, смеха, отрыжки и т. п., чтобы наступил разрыв. Возможен также последний при наличии в стенке пищевода новообразований, чаще всего раковых.

Наш случай, где механизм происхождения разрыва вполне понятен, является редким потому, что здесь могут отпасть все предположения относительно предварительных изменений со стороны стенок пищевода. Подобный случай разрыва пищевода описан в литературе лишь Petren'ом, причем и здесь причиной разрыва также было непосредственное растяжение пищевода воздухом. Подробности этого случая таковы:

Рабочий 27 лет, прочищая пробки вагона наполненной сжатым воздухом кишки и переходя на другую сторону вагона, согнул кишку пополам, сдавив это место рукою, а другой конец взяв в рот. Но по дороге он устал, выпустил кишку из рук, и вся струя воздуха под давлением 7 атмосфер устремилась ему в пищевод. Больной почувствовал внезапную боль в груди, у него появились рвота слизью с кровью, затем беспокойство, затруднение дыхания и подкожная эмфизема. Через сутки он скончался. При вскрытии на задней стенке пищевода, на 1½ сантиметра ниже бифуркации, был найден вертикальный разрыв в 6 сантиметра длиной; разрыв этот вел в полость левой плевры.

Что касается места разрывов пищевода, то в большинстве случаев разрывается нижняя грудная часть пищевода, то ближе ко входу в желудок, то несколько ближе к бифуркации. Как уже упоминалось выше, разрывы пищевода обычно имеют продольное направление; единственное исключение составляет случай Boerhaave'a, где разрыв был поперечный. Через отверстие разрыва воздух, а также жидкая и твердая пища поступают в окружающую пищевод клетчатку.

Клиническая картина разрыва пищевода, по словам Венгловского, ясна, типична и довольно однообразна: больные после случившейся катастрофы сразу принимают вид тяжело больных со смертельно-бледным лицом, холодным потом, чувством тоски и т. д.; почти во всех случаях немедленно наступает затруднение дыхания, которое делается поверхностным, частым, появляется одышка. Синюха развивается обычно впоследствии. Акт глотания в большинстве случаев бывает очень болезнен. За редким исключением тотчас же после разрыва пищевода появляется подкожная эмфизема—сперва ограничивающаяся нижней частью шеи, затем обычно быстро распространяющаяся по всей шее и дальше могущая перейти на лицо, грудь и все тело.

В дальнейшем, при постепенно нарастающих явлениях затруднения дыхания, наступает смерть через 7—27 часов после повреждения. В случае Tandler'a, однако, смерть наступила даже через 4 часа, в случаях

Meуer'a и Töhl'я больные погибли через 50 и 64 часа, а у Titz'a больной жил 7 дней.

Из осложнений, которые возможны при разрыве пищевода, заслуживают упоминания: 1) флегмона околотитовидной клетчатки и 2) кровотечение из окружающих пищевод сосудов. Первое из этих осложнений зависит от проникновения в клетчатку, через разрыв, инфекционных начал и иногда с самого начала принимает тяжелый септический характер, с затеками и переходом серозно-гнойной инфильтрации вниз по клетчатке; обычно при этом наблюдается резкое повышение  $t^0$ . Возможен переход воспалительного процесса также на плевру, легкие и околосердечную сорочку. Что касается кровотечений, то, при разрывах пищевода в верхнем отделе, они чаще всего обуславливаются повреждением находящейся в близком соседстве а. *thyreoidea inf.*, почему некоторые авторы советуют всегда перевязывать эту артерию. Возможны, впрочем, кровотечения и из других артерий данной области.

В диагностике разбираемых повреждений большое значение имеет эзофагоскопия, которую следует широко пользоваться, производя все последующие манипуляции на пищеводе под контролем глаза.

Лечебные мероприятия, которые применяются при разрывах пищевода, в большинстве случаев сводятся к раннему оперативному вмешательству. Многие авторы категорически высказываются за то, чтобы при разрывах пищевода действовать столь же быстро и решительно, как и при разрывах органов полости живота. Поэтому как только диагноз будет поставлен, рекомендуется приступить к немедленной операции, именно, торакотомии или шейной эзофаготомии.

Терапия нашего случая была, в силу изложенных выше обстоятельств, несколько иной. Отсутствие грозных явлений, в смысле кровотечения или инфекции близлежащих тканей, давало нам право не вмешиваться активно в области разрыва. В нашем случае превалировали симптомы голодания. Наложением желудочного свища мы получили возможность поддерживать питание больного, а главное—предоставить покой поврежденному органу. Гастростомия и последующее бужирование пищевода дали наилучшие результаты, почему, взвешивая способы лечебной помощи больным с разрывами пищевода, необходимо в некоторых случаях применять и те способы вмешательства, которые были с таким успехом испробованы в нашем случае.

---