

© CC 0 Коллектив авторов, 2018
УДК 616.329-007.251-06:616.27-002.4+616.25-002.3+616.94
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-6-69-72

Е. А. Цеймах^{1, 2}, П. Н. Булдаков^{1, 2*}, В. А. Бомбизо², А. А. Аверкина^{1, 2},
Д. Н. Устинов², А. В. Удовиченко^{1, 2}, В. М. Каркавин²

ВАРИАНТ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СПОНТАННОМ РАЗРЫВЕ ПИЩЕВОДА

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, Россия

² Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Барнаул, Россия

Описаны клиника, диагностика и лечение разрыва пищевода, осложненного гнойно-некротическим медиастинитом, эмпиемой плевры и сепсисом, у больной 45 лет.

Ключевые слова: пищевод, спонтанный разрыв, диагностика, лечение

Цеймах Е. А., Булдаков П. Н., Бомбизо В. А., Аверкина А. А., Устинов Д. Н., Удовиченко А. В., Каркавин В. М. Вариант лечебной тактики при спонтанном разрыве пищевода. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2018;177(6):69–72. DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-6-69-72.

* **Автор для связи:** Павел Николаевич Булдаков, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 656038, г. Барнаул, пр. Ленина д. 40. E-mail: zifer@yandex.ru.

Evgenii A. Tseimakh^{1, 2}, Pavel N. Buldakov^{1, 2*}, Vladislav A. Bombizo², Anna A. Averkina^{1, 2}, Dmitrii N. Ustinov², Andrei V. Udovichenko^{1, 2}, Vadim M. Karkavin²

Treatment option for spontaneous esophageal rupture

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Altai State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Barnaul; ² Regional State Budgetary Institution of Healthcare «Regional Clinical Hospital of Emergency Medicine», Russia, Barnaul

The article describes the clinic, diagnosis and treatment of esophageal rupture complicated with purulent-necrotic mediastinitis, pleural empyema and sepsis in the 45 years old patient.

Keywords: esophagus, spontaneous rupture, diagnosis, treatment

Tseimakh E. A., Buldakov P. N., Bombizo V. A., Averkina A. A., Ustinov D. N., Udovichenko A. B., Karkavin V. M. Treatment option for spontaneous esophageal rupture. *Vestnik khirurgii named after I. I. Grekov*. 2018;177(6):69–72. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-6-69-72.

* **Corresponding author:** Pavel N. Buldakov, Altai State Medical University, 40 Lenina street, Barnaul, Russia, 656038. E-mail: zifer@yandex.ru.

Спонтанные разрывы пищевода составляют 2–3 % от всех наблюдений повреждений пищевода [1]. По мнению большинства авторов, основным методом лечения спонтанного разрыва пищевода является оперативное вмешательство [2–4]. Современный подход в такой ситуации предусматривает торакотомию с ушиванием дефекта пищевода, тем более что требуется адекватное дренирование средостения и плевральной полости [3, 5]. Послеоперационная летальность при этом составляет 25–85 %, что обусловлено развитием серьезных гнойных осложнений (эмпиема плевры, медиастинит, сепсис, аррозивные кровотечения, пищеводно-респираторные свищи) [6, 7]. Приводим клиническое наблюдение.

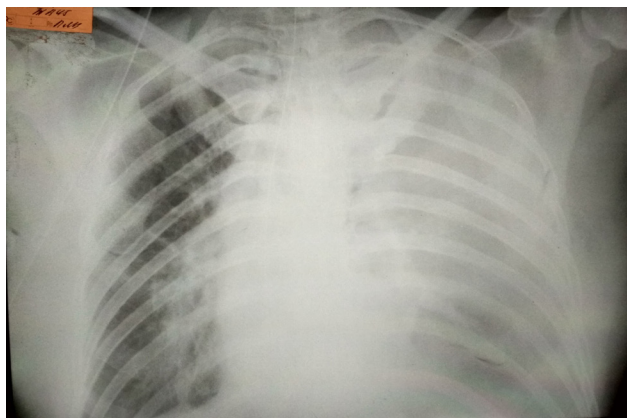
Больная А., 45 лет, поступила в клинику через 30 мин от начала заболевания с жалобами на интенсивные боли за грудиной и в эпигастральной области, тошноту, рвоту съеденной

пищей, слабость. Заболевание началось после обильного приема пищи с алкоголем и сопровождалось многократной рвотой.

При поступлении состояние больной тяжелое, температура тела 38,2 °С, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 114 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота дыхания 24/мин. Подкожная эмфизема не определялась. При аускультации легких дыхание ослаблено во всех отделах слева. Живот мягкий, слабо болезненный в эпигастральной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки слева определялось тотальное затемнение левого легочного поля со смещением органов средостения вправо (*рисунок, а*).

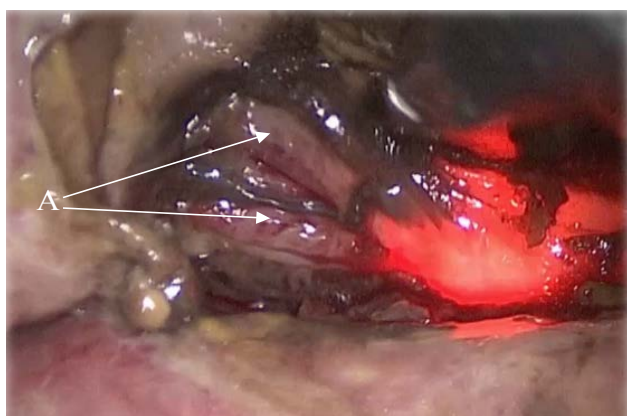
На компьютерных томограммах органов грудной клетки (*рисунок, б*) определялся пневмомедиастинум, гидропневмоторакс слева с коллапсом верхушки легкого до 5 см, гидроторакс справа. При ультразвуковом исследовании в правой и левой плевральных полостях лоцировалась свободная жидкость неоднородной структуры объемом, соответственно, 300 и 800 мл.



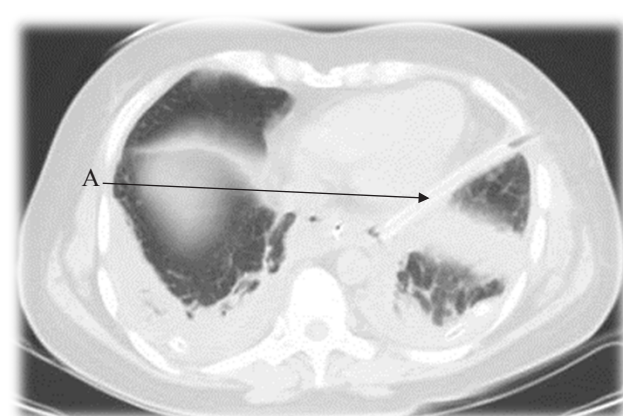
а



б



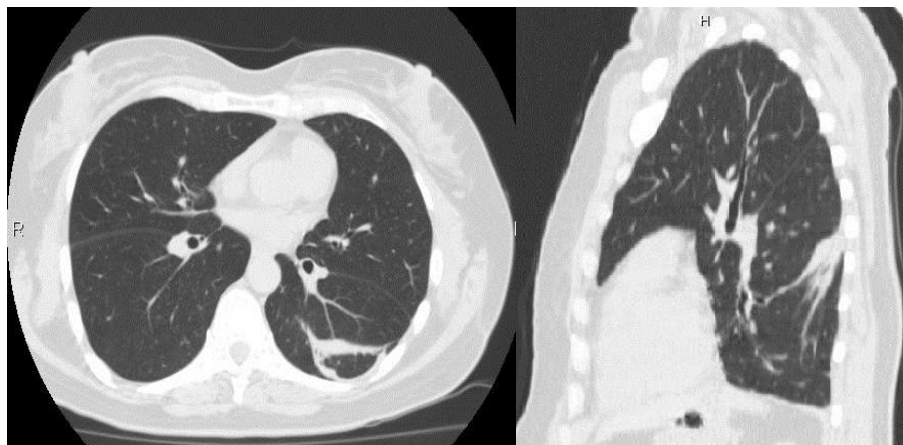
в



г



д



е

Рентгенограммы и томограммы больной, 45 лет, со спонтанным разрывом пищевода (объяснения в тексте):

а – рентгенограмма органов грудной клетки при поступлении; б – компьютерная томограмма органов грудной клетки при поступлении; в – интраоперационная фотография при торакоскопии. Трансиллюминация при проведении интраоперационной эзофагоскопии. Видны участки некроза черного цвета в клетчатке средостения и мутный выпот, а также некроз медиастинальной плевры: А – дефект нижнегрудного отдела пищевода; г – компьютерная томограмма органов грудной клетки на 12-е сутки после операции: А – жидкостное образование с газом паразофагеально справа; д – рентгенограмма пищевода с водорастворимым контрастом на 28-е сутки; е – компьютерная томограмма органов грудной клетки через 6 месяцев после оперативного лечения

X-rays and tomograms of the 45 years old patient with spontaneous esophageal rupture (explanations in the text):

а – chest X-ray at admission; б – computed tomography of the chest at admission; в – intraoperative photo at thoracoscopy. Transillumination during intraoperative esophagoscopy. There are visible areas of black necrosis in the mediastinal tissue and turbid effusion, as well as necrosis of the mediastinal pleura: А – defect of the lower thoracic esophagus; г – computed tomogram of the chest on the 12th day after the intervention: А – liquid formation with gas is para-esophageal on the right; д – X-ray of the esophagus with water-soluble contrast on the 28th day; е – computed tomogram of the chest in 6 months after the surgical treatment

Выполнено дренирование левой плевральной полости, удалено 400 мл мутного серозного экссудата с остатками съеденной пищи и воздух, дренирование правой плевральной полости, удалено 300 мл мутного серозного экссудата.

Дренажи подсоединены на пассивную аспирацию по Бюлау. Совокупность клинико-инструментальных данных дало основание для постановки диагноза: «Спонтанный разрыв нижнегрудного отдела пищевода (синдром Бурхава) с повреждением

медиастинальной плевры, острый пиопневмоторакс слева, острая эмпиема плевры справа, острый задний нижний гнойный медиастинит». Было принято решение об оперативном лечении по экстренным показаниям.

Под эндотрахеальным наркозом с однократной интубацией выполнена видеоторакоскопия слева. Из плевральной полости удалено 500 мл мутного выпота с остатками съеденной пищи. Рассечена медиастинальная плеврова, выявлен линейный продольный дефект протяженностью 3 см левой стенки эпифренального сегмента пищевода. Для улучшения визуализации дефекта использован метод трансиллюминации при проведении интраоперационной эзофагоскопии (рисунок, в).

Во время операции обратили внимание на налет черного цвета на клетчатке средостения, наличие участков некроза и мутного выпота в заднем средостении, а также некроз медиастинальной плевры слева. Выполнено ушивание дефекта пищевода двухрядным непрерывным швом с использованием синтетического рассасывающегося материала (викрил 3,0). Внутригрудной этап операции был завершен дренированием заднего нижнего средостения двумя силиконовыми трубками, установленными навстречу друг другу, для проточного промывания в послеоперационном периоде, а также дренированием левой плевральной полости. Для выключения пищевода из процесса прохождения пищи и обеспечения последующего энтерального питания была выполнена видеоассистированная еюностомия. Для декомпрессии области гастрозофагеального перехода в желудок был введен назогастральный зонд.

В течение 10 суток больной проводили интенсивные мероприятия в отделении реанимации, включающие антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. Местное лечение заключалось в проточном промывании средостения с отмыванием фибриновых сгустков и некротизированных тканей. Состояние больной стабилизировалось. Однако на 12-е сутки после операции появилась гектическая лихорадка, стали нарастать явления дыхательной недостаточности и общая слабость, возрос лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличилось количество гнойного отделяемого по дренажам из заднего средостения. На компьютерной томографии (рисунок, г) выявлены отек и инфильтрация клетчатки нижнего средостения больше справа, признаки жидкостного образования с наличием газа паразофагеально справа и двусторонний плеврит. При рентгенографии пищевода затека контраста за пределы пищевода не обнаружено. Было принято решение о повторном вмешательстве с целью санации недренируемых затеков в средостении. Выполнена верхнесрединная лапаротомия, во время которой выявлен отек тканей в области пищеводно-желудочного перехода. После медиастинотомии по Савиных – Розанову получено гнойное содержимое из заднего средостения справа. Несостоятельности швов на пищеводе не обнаружено. Операция завершена дренированием заднего нижнего средостения двумя параллельно установленными силиконовыми трубками для проточного промывания в послеоперационном периоде, а также выполнено отграничение поддиафрагмального пространства от брюшной полости с помощью резиново-марлевого тампона.

После операции больная была помещена в отделение реанимации, где продолжен массивный курс антибактериальной терапии карбапенемами и защищенными пенициллинами, криоплазменно-антиферментный комплекс по разработанной в клинике методике [8], инфузионная, детоксикационная терапия. В течение 16 дней проводили проточно-аспирационный диализ средостенной клетчатки растворами антисептиков.

Общее состояние больной улучшилось, нормализовалась температура тела, серозно-гнойное отделяемое из средостения было в незначительном количестве, а затем прекратилось.

На 28-е сутки проведено контрастирование пищевода с использованием водорастворимого контраста (натрия амидотризоат) – затеков контраста за пределы пищевода не определялось, пищевод свободно проходим (рисунок, д).

Возобновлено питание естественным путем, трубка еюностомы удалена. На контрольной компьютерной томограмме была отмечена положительная динамика, заключающаяся в уменьшении инфильтрации клетчатки средостения, отсутствии недренируемых жидкостных скоплений, обратном развитии воспалительных изменений легких и плевры. На 30-е сутки дренажи из средостения были удалены. На 35-е сутки больная была выписана под наблюдение хирурга по месту жительства.

Пациентка была осмотрена через 6 месяцев и через год после выписки. Питается естественным путем, прибавила в массу тела 7 кг. При фиброэзофагоскопии слизистая пищевода гладкая, проходимость удовлетворительная. При компьютерной томографии органов грудной клетки определялись послеоперационные спаечные изменения в плевральных полостях (рисунок, е).

Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности многоэтапного подхода к лечению больных с синдромом Бурхаве. Выбор видеоторакоскопии в качестве доступа к пищеводу обоснован удобством ликвидации дефекта и адекватным дренированием под визуальным контролем клетчатки средостения и плевральной полости, малой травматичностью доступа. Выбор лапаротомии и диафрагмокуротомии обоснован лучшей переносимостью пациентом лапаротомии по сравнению с торакотомией.

Таким образом, в хирургии повреждений пищевода у некоторых больных может быть использован этапный подход, подразумевающий первоочередное устранение угрожающих жизни проявлений заболевания с помощью малоинвазивных оперативных приемов, соизмеримых с тяжестью состояния больного. В последующем, при стабилизации состояния, на фоне комплексной терапии выполняется дополнительная коррекция возникающих осложнений. Лечение таких больных необходимо проводить в специализированных хирургических отделениях крупных многопрофильных больниц.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Кочуков В. П. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Хирургия. 2012. № 7. С. 83–84. [Kochukov V. P. Spontannyj razryv pishheveda (sindrom Burhave). *Khirurgija*. 2012. № 7. P. 83–84. (In Russ.).]
2. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода. М.: Медицина, 2000. 352 с. [Chernousov A. F., Bogopol'skij P. M., Kurbanov F. S. *Khirurgija pishheveda*. M.: Meditsina, 2000. 352 p. (In Russ.).]
3. Сарпов Е. Н., Николайчук Н. М., Шишков Д. Ю. и др. Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв грудного отдела пищевода) в практике общехирургического отделения // Мед. альм. 2015. № 3 (38). С. 227–230. [Sarpov E. N., Nikolajchuk N. M., Shishkov D. Ju., Nazihin K. P., Sokolov V. N. Sindrom Burhave (spontannyj razryv grudnogo otdela pishheveda) v praktike obshchekhirurgicheskogo otdelenija. *Medicinskij al'manakh*. 2015. № 3 (38). P. 227–230. (In Russ.).]

4. Ринчинов В. П., Плеханов А. Н., Цибикидоржиев Б. Д. и др. Первый опыт применения эндоскопической вакуумно-аспирационной терапии в лечении спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхава) // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2017. Т. 2, № 1. С. 136–140. [Rinchinov V. P., Plehanov A. N., Cibikdorzhiev B. D., Sultunov T. V., Gavrilo A. K. Pervyi opyt primeneniya endoskopicheskoy vakuumno-aspiracionnoi terapii v lechenii spontannogo razryva pishhevoda (sindrom Burhave). *Bulleten' VSNC SO RAMN*. 2017. Vol. 2, № 1. P. 136–140. (In Russ.)].
5. Погодина А. Н., Абакумов М. М. Механические проникающие повреждения пищевода // Хирургия. 1998. № 10. С. 20–24. [Pogodina A. N., Abakumov M. M. Mehanicheskie pronikajushhie povrezhdeniya pishhevoda. *Khirurgija*. 1998. № 10. P. 20–24. (In Russ.)].
6. Тимербулатов Ш. В., Тимербулатов В. М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава) // Эндоскоп. хир. 2009. № 6. С. 48–50. [Timerbulatov Sh. V., Timerbulatov V. M. Spontannyi razryv pishhevoda (sindrom Burhave). *Endoskopicheskaja khirurgija*. 2009. № 6. P. 48–50. (In Russ.)].
7. Завгороднев С. В., Корниенко В. И., Пашков В. Г. и др. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидронефротаксом, эмпиемой плевры и бронхиальным свищем // Хирургия. 2007. № 4. С. 54–56. [Zavgorodnev S. V., Kornienko V. I., Pashkov V. G., Hitov R. A., Rusjaeva T. V., Naumov A. Ju., Timofeev D. A. Spontannyj razryv grudnogo otdela pishhevoda, oslozhnennyj gnojnym mediastinitom, dvustoronnim gidropnevotoraksom, jempiemoj plevry i bronhial'nym svishhem. *Khirurgija*. 2007. № 4. P. 54–56. (In Russ.)].
8. Цеймах Е. А., Тулупов В. А. Устранение микроциркуляторных нарушений в комплексном лечении острого медиастинита // Груд. и сердечно-сосуд. хир. 1998. № 2. С. 63–66. [Tseimakh E. A., Tulupov V. A. Ustranenie mikrocirkuljatornykh narushenii v kompleksnom lechenii ostrogo mediastinita. *Grudnaja i serdechno-sosudistaja khirurgija*. 1998. № 2. P. 63–66. (In Russ.)].

Поступила в редакцию 28.09.2018 г.

Сведения об авторах:

Цеймах Евгений Александрович* ** (e-mail: yea220257@mail.ru), д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, грудной хирург больницы; Булдаков Павел Николаевич* ** (e-mail: zifer@yandex.ru), канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, врач-хирург хирургического отделения № 2 больницы; Бомбизо Владислав Аркадьевич** (e-mail: omegabva@mail.ru), канд. мед. наук, главный врач; Аверкина Анна Алексеевна* ** (e-mail: avera85@inbox.ru), аспирант кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии, врач-хирург хирургического отделения № 2 больницы; Устинов Дмитрий Николаевич** (e-mail: ustinoff.dmitr@yandex.ru), зав. хирургическим отделением № 2; Удовиченко Андрей Викторович** (e-mail: uavv1976@yandex.ru), канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения № 2; Каркавин Вадим Михайлович** (e-mail: kvmdok@yandex.ru), врач-хирург хирургического отделения № 2; *Алтайский государственный медицинский университет, 656038, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40; **Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, 656038, г. Барнаул, пр. Комсомольский, д. 73.