

© В. П. Быков, О. В. Собинин, 2013
УДК 616.329-001.33-089

В. П. Быков, О. В. Собинин

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОГО СПОНТАННОГО РАЗРЫВА АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России
(и. о. ректора — проф. С. И. Малявская), г. Архангельск

Ключевые слова: пищевод, спонтанный разрыв, медиастинит, перикардит

Введение. Спонтанный разрыв пищевода — редкое и крайне тяжелое заболевание. Полагают, что основной причиной разрыва неизменной стенки пищевода служит внезапное повышение давления в просвете желудка и пищевода при рвоте, дефекации, надсадном кашле, родах, подъеме тяжести [5, 6, 8]. Обычно случается линейный продольный разрыв длиной 4–7 см левой заднебоковой стенки пищевода тотчас выше диафрагмы. Изолированный спонтанный разрыв брюшной части пищевода наблюдается очень редко [5–7]. При позднем диагнозе летальность достигает 75 % вследствие острейшего течения гнойно-некротического медиастинита, эмпиемы плевры и сепсиса [7].

Среди наблюдавшихся нами 24 больных со спонтанным разрывом пищевода у 22 он имел типичную локализацию и заканчивался над пищеводным отверстием диафрагмы. В одном наблюдении разрыв распространился на брюшной отдел пищевода. В данной публикации описывается изолированный спонтанный разрыв брюшного отдела пищевода.

Больной Б., 25 лет, переведен в клинику 24.11.2010 г. из другой больницы с диагнозом: острый гнойный абсцесс S_{VI} левого легкого через 6 сут после начала болезни; после обильного ужина возникли неоднократная рвота и мучительная опоясывающая боль в верхней части живота. Через 2 ч госпитализирован в общехирургический стационар с диагнозом: прободная язва. Имелось доскообразное напряжение передней брюшной стенки, однако на обзорной рентгенограмме живота отсутствовал свободный газ под

диафрагмой, при диагностической лапароскопии патологии не обнаружено. Через 1 сут боль распространилась в левую подлопаточную область, через 2 сут появилась лихорадка до 40 °С с суточными колебаниями температуры тела до 3 °. На обзорных рентгенограммах груди 23.11.2010 г. слева от срединной линии, за тенью сердца, обнаружено полостное образование, содержавшее газ и жидкость. Верхняя граница жидкости располагалась на уровне Th_{VI} . Диагностирован острый абсцесс S_{VI} левого легкого. Этот диагноз на следующий день подтвержден компьютерной томографией. Переведен в торакальную клинику в тяжелом состоянии. Обращено внимание на отсутствие кашля с гнойной мокротой. В левой межлопаточной области выслушивался грубый шум, синхронный с сокращениями сердца и напоминавший «машинный» шум при открытом артериальном протоке. Предположены спонтанный разрыв пищевода и гнойный медиастинит, которые подтверждены контрастным исследованием пищевода.

Через 7 сут после начала болезни под эндотрахеальным наркозом выполнена верхняя срединная лапаротомия. При выделении абдоминального отдела пищевода из воспалительного инфильтрата вскрыта параэзофагеальная флегмона, содержащая гной и взвесь бария. Обнаружен продольный линейный разрыв длиной 12 мм левой боковой стенки брюшного отдела пищевода. Разрыв заканчивался у кардиальной вырезки. Гнойная полость через пищеводное отверстие диафрагмы сообщалась с нижним задним средостением. Из средостения аспирировано 150 мл гноя, удалена некротизированная клетчатка. Разрыв пищевода зашит однорядным швом атравматической иглой через все слои, выполнена фундопликация по Ниссену. В тощую кишку проведен зонд для питания после операции. Нижнее заднее средостение дренировано трубкой с широким просветом через пищеводное отверстие, 2 дренажа установлены в левом поддиафрагмальном и подпеченочном пространствах. После зашивания париетальной брюшины выполнена подмечевидная перикардиотомия. Из полости перикарда под напором вытекло 150 мл гнойного выпота с пленками фибрина. Полость дренирована

Сведения об авторах:

Быков Виталий Петрович (e-mail: nauka@nsmu.ru), Собинин Олег Викторович (e-mail: oleg-sobinin@rambler.ru), Северный государственный медицинский университет, 16300, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51

двухпросветной трубкой, через которую в течение 5 сут осуществляли проточное промывание.

Через 6 сут после операции проведено контрастное исследование пищевода, затеков контраста не обнаружено. Начато кормление через рот. Дренаж из заднего средостения удален через 9 сут, из брюшной полости — через 11. По поводу возникшего левостороннего экссудативного плеврита выполнены три плевральные пункции, которые, к сожалению, осложнились ограниченным свернувшимся гемотораксом в задней реберно-плевральной пазухе. Гемоторакс удален путем мини-торакотомии. Больной в удовлетворительном состоянии через 47 сут выписан на амбулаторное лечение.

Осмотрен через 1 год. Жалоб нет. Работает по специальности. ЭКГ и обзорная рентгенограмма груди — без патологии.

Известно, что диагностические ошибки при спонтанном разрыве пищевода не являются редкостью. По данным В. С. Мазурина и соавт. [3], у 9 из 11 больных правильный диагноз установлен в срок от 3 до 23 сут от момента разрыва, у всех в поздние сроки диагностированы гнойный медиастинит и эмпиема плевры. По данным С. И. Елизаровского [1], в 59% наблюдений брюшной отдел пищевода покрыт брюшиной только спереди и частично справа, в 41% — спереди и с боков. Перфорация и разрыв пищевода в области внебрюшинного поля ведут к параэзофагеальной флегмоне. Рыхлые связи между пищеводом и диафрагмой в пищеводном отверстии не препятствуют распространению гнойного процесса в нижнее заднее средостение. Острая интенсивная боль в надчревьe требует проведения дифференциального диагноза с хирургической патологией не только в интраперитонеальном, но также во внебрюшинном пространстве и в нижнем заднем средостении. В диагностический алгоритм при неясной причине боли следует включать рентгенологическое исследование пищевода, осмотр кардии

желудка и абдоминального отдела пищевода при диагностической лапароскопии. Гнойный нижний медиастинит может осложниться перикардитом и экссудативным плевритом [5], что подтверждено нашим наблюдением. В доступной литературе мы не обнаружили описание «механического» шума при медиастините. Возможно, он представлял собой резонансный феномен шума трения перикарда при газовом пузыре в заднем средостении. После операции шум исчез. Ряд авторов [3, 5] рекомендуют укрытие ушитого дефекта наддиафрагмальной и брюшной части пищевода манжетой из дна желудка по Ниссену. Помимо повышения механической прочности и герметичности шва, пластика по Ниссену воссоздает антирефлюксный механизм в пищеводно-желудочном соустье.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Елизаровский С. И. К хирургической анатомии полости малого сальника. Архангельск: БИ, 1959. 163 с.
2. Кулагин В. И., Дворянкин Д. В., Виноградов И. А. Успешное лечение спонтанного разрыва пищевода из чрезбрюшинного доступа // Вестн. хир. 2007. № 3. С. 125–128.
3. Мазурин В. С., Прищепа М. И., Кригер П. А. и др. Хирургическая тактика лечения спонтанного разрыва пищевода: Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. С. 533.
4. Поляно Н. И., Галкин В. Н., Годулян А. В., Каниболоцкий А. Л. Спонтанный разрыв пищевода: синдром Бурхаве // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. 2008. № 2. С. 114–116.
5. Слесаренко С. С., Агапов В. В., Прелатов В. А. Медиастинит. М.: Медпрактика-М, 2005. 199 с.
6. Сулимов Р. А. Повреждения и спонтанные разрывы грудного отдела пищевода // Хирургия. 1999. № 2, С. 46–58.
7. Тамалевичюте Д. И., Витенас А. М. Спонтанный разрыв пищевода // Болезни пищевода и кардии. 2-е изд. М.: Медицина, 1986. С. 148–150.
8. Koffel C., Gandelst G., Italiano C. et al. Spontaneous rupture of the esophagus. Two cases recently seen in an intensive care unit // Press. Med. 2004. Vol. 33, № 4. P. 250–252.

Поступила в редакцию 03.07.2012 г.