© Коллектив авторов, 2015
УДК 616.329-007.251-07-089

Ю. В. Чикинев, Е. А. Дробязгин, А. С. Полякевич, И. В. Пешкова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БУРХАВЕ

Новосибирский государственный медицинский университет (ректор — проф. И. О. Маринкин)

Ключевые слова: *синдром Бурхаве, спонтанный разрыв пищевода, диагностика и лечение синдрома Бурхаве*

Введение. Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода, нетравматический разрыв пищевода, барогенный разрыв пищевода, апоплексия пищевода, «банкетный пищевод») — заболевание, при котором происходит спонтанный разрыв всех слоев стенки пищевода. Это состояние сопровождается резкой болью в грудной клетке, эпигастральной области с иррадиацией в спину, расстройством глотания, рвотой, затруднением дыхания, развитием шока. Первое описание данного состояния дано голландским врачом Германом Бурхаве (Hermann Boerhaave) в 1724 г. [5, 9, 10]. Прижизненный диагноз этого синдрома впервые поставил V. Myers в 1858 г. [5, 9]. Спонтанные разрывы пищевода являются редко встречающимся заболеванием и составляют 2–3% от всех случаев повреждения пищевода и чаще возникают у мужчин старше 50 лет [4, 9, 10, 13]. При этом у 40% пациентов разрыв происходит из-за рвоты вследствие злоупотребления алкоголем.

Непосредственной причиной разрыва служит внезапное повышение давления внутри пищевода при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере в сочетании с отрицательным внутригрудным давлением, что встречается при интенсивной рвоте после обильного приема пищи, жидкости, алкоголя, булемии, рвоте центрального генеза (вследствие нарушения функционирования рвотного центра), повышении внутрижелудочного и внутрипищеводного давления из-за подъема тяжестей [4, 9]. Изменения стенки пищевода, особенно ее мышечного слоя (лекарственный эзофагит, пептическая язва пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, инфекционные язвы у больных со СПИДом), могут служить предрасполагающим фактором этого заболевания.

Классическая картина синдрома Бурхаве характеризуется триадой Маклера [2, 3, 10]: рвота съеденной пищей (у части пациентов в рвотных массах присутствует примесь крови), подкожная эмфизема в шейно-грудной области вследствие скопления воздуха в подкожной жировой клетчатке, 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 может иррадиировать в левое надплечье и левую поясничную область и нарастает при глотании.

Как правило, при данном заболевании происходит образование больших дефектов стенки пищевода (от 4–5 до 10–12 см). Чаще всего (в 90%) разрывы локализуются в нижнегрудном отделе пищевода. В подавляющем большинстве наблюдений разрывы пищевода ориентированы продольно [6, 13] и локализуются в его наиболее слабом отделе — непосредственно над диафрагмой (на 3–6 см выше ее). Редко встречаются повреждения шейного, среднегрудного и абдоминального отделов пищевода. Из-за того, что величина разрыва мышечной оболочки всегда превышает величину дефекта слизистой оболочки, часто происходит повреждение медиастинальной плевры и сопровождается развитием эмпиемы плевры [5, 10, 13].

Своевременная диагностика этого серьезного заболевания до сих пор представляет большие трудности из-за его редкости, разнообразия клинических проявлений, которые часто симулируют различную патологию со стороны других органов, и неосведомленности большинства врачей. Чем раньше диагностирован разрыв пищевода, тем лучше результаты лечения. Летальность при

Сведения об авторах:

Чикинев Юрий Владимирович (e-mail: chikinev@inbox.ru), *Дробязгин Евгений Александрович* (e-mail: evgenyidrob@inbox.ru), *Полякевич Алексей Станиславович* (e-mail: randonier@mail.ru), *Пешкова Инесса Викторовна* (e-mail: ness-24@yandex.ru), ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 52

данном состоянии составляет от 14 до 40% и увеличивается в зависимости от времени обращения в стационар [8, 11, 15].

В ситуациях, когда период между произошедшим разрывом стенки пищевода и установкой диагноза составляет более 24 ч, результаты лечения хуже из-за развития осложнений, таких как медиастинит, эмпиема плевры, сепсис [1, 8, 13, 15, 18].

Основным хирургическим методом лечения является дренирование средостения. По данным ряда авторов [9, 11, 18, 19], — это «золотой стандарт» оказания помощи таким пациентам. Важным моментом ведения послеоперационного периода являются контроль за наличием дефекта и эрадикация плевромедиастинальной инфекции как осложнения заболевания, что позволяет улучшить результаты лечения [12, 17].

Ряд авторов [7, 16] предлагают использовать эндоскопические методики лечения данного состояния (стентирование, клипирование разрыва), но при этом результаты их применения хуже, чем «открытых» хирургических вмешательств.

Материал и методы. В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии нашего университета на базе отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» за период с 1995 по 2014 г. на лечении находились 12 пациентов с диагнозом «спонтанный разрыв пищевода». Из них мужчин было 9, женщин — 3. Возраст пациентов составлял от 19 до 68 лет.

Давность от момента произошедшего разрыва до момента поступления в стационар составляла от 7 ч до 2 сут. У 7 больных давность разрыва пищевода составляла до 1 сут (до 12 ч — у 4, свыше 12 ч — у 3), в 5 наблюдениях — от 1 до 2 сут.

Во всех наблюдениях разрыв стенки пищевода возник на фоне рвоты, при этом у 8 пациентов разрыву пищевода способствовало злоупотребление алкоголем накануне.

Классическая картина заболевания отмечалась у 10 пациентов. При этом подкожная эмфизема появилась в течение первых 4 ч с момента разрыва. Лишь 5 пациентов были направлены в стационар с подозрением на синдром Бурхаве. При этом непосредственно к нам в стационар были направлены 3 пациента. Оставшиеся пациенты были направлены в дежурные стационары по месту жительства с подозрением на острый панкреатит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Только при появлении подкожной эмфиземы на шее, нарастании болевого синдрома в эпигастральной области или загрудинно, появлении клинической картины медиастинита, после выполнения дообследования был осуществлен их перевод к нам клинику. Для уточнения диагноза всем пациентам выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка с водорастворимым контрастным веществом.

В 2 наблюдениях отсутствовала подкожная эмфизема на шее, и основными жалобами были боли в грудной клетке с иррадиацией в область позвоночника, при аускультации дыхание слева не проводилось, что послужило поводом к госпитализации в стационар с подозрением на спонтанный пневмоторакс слева. При рентгенографии органов грудной клетки был диагностирован гидропневмоторакс слева, выполнены пункция и дренирование плевральной полости слева, при этом получено мутное отделяемое с включениями пищи (1 пациент), гнойное отделяемое с пищей (1 пациент). Это обстоятельство служило поводом для проведения рентгеноскопии пищевода и желудка водорастворимым контрастным веществом, что позволило обнаружить разрыв стенки пищевода и сообщение его с левой плевральной полостью.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были оперированы в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки, осуществляемой в отделении реанимации и интенсивной терапии.

При выполнении оперативных вмешательств перед хирургом были две основных задачи: 1) вскрытие средостения, ушивание дефекта стенки пищевода, дренирование средостения; 2) обеспечение энтерального питания в послеоперационном периоде.

Характеристика оперативных вмешательств представлена в *таблице*.

У всех больных выполняли верхнесрединную лапаротомию с пересечением круглой связки печени, мобилизацию левой доли печени путем пересечения венечной и серповидной связок, мобилизацию абдоминального отдела пищевода. После этого осуществляли сагиттальную диафрагмотомию с перевязкой и пересечением диафрагмальной вены, вскрытие заднего средостения и ушивание

Оперативные вмешательства, выполненные пациентам с синдромом Бурхаве

Характер операции (в дополнении к лапаротомии, ушиванию дефекта пищевода, дренированию заднеиижнего средостения по Савиных—Розанову)	Число пациентов
Фундопликация по Ниссену, гастростомия по Витцелю	1
Установка назогастрального зонда	4
Гастростомия по Витцелю	2
Фундопликация по Ниссену, установка назогастрального зонда	3
Фундопликация по Ниссену, установка назогастрального зонда, дренирование левой плевральной полости	1
Фундопликация по Ниссену, установка назогастрального зонда, спленэктомия	1
Всего	12

дефекта пищевода. Выявление его не представляло каких-либо трудностей. Разрыв локализовался по левой боковой стенке органа, длиной от 3 до 8 см с ровными краями, которые были имбибированы кровью. У 11 пациентов ушивание дефекта осуществляли однорядным непрерывным швом нерассасывающейся нитью (пролен 2–0 или 3–0) через все слои его стенки. У 1 больного дефект был ушит двумя рядами швов (внутренний — викрил 3–0, наружный — пролен 3–0). У 6 пациентов для предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса в послеоперационном периоде и с целью профилактики несостоятельности швов стенки пищевода выполнена фундопликация по Ниссену с полным или частичным прикрытием зоны швов фундопликационной манжетой. После чего проводили промывание средостения и его дренирование двух- или трехпросветным атравматичным дрена́жем, ушивание диафрагмы с подведением тампона типа «сигара» к месту диафрагмотомии. Интраоперационно повреждение медиастинальной плевры слева обнаружено у 1 пациента, выполнено дренирование плевральной полости. Лапаротомную рану ушивали послойно с выведением дренажа и тампона в верхнем ее углу. Дополнительного дренирования брюшной полости не проводили.

Для обеспечения энтерального питания в послеоперационном периоде 9 пациентам интраоперационно установлен назоеюнальный зонд за связку Трейтца, у 3 — выполнена гастростомия по Витцелю с установкой за связку Трейтца зонда для начала энтерального питания с 1-х суток после операции (пациенты оперированы до 2000 г.). В настоящее время мы не считаем необходимым выполнение гастростомии и осуществляем питание через зонд, установленный интраоперационно. Энтеральное питание вводили с 1-х суток послеоперационного периода. Осложнений при использовании подобного способа питания нами не отмечено. С 1-х суток послеоперационного периода питание осуществляли энтеральными смесями в стандартном разведении через зонд. Дренаж из средостения подключали к системе вакуум-аспирации. Промывание средостения проводили 1 пациенту через 2 сут после операции из-за медиастинита. Остальным пациентам промывания средостения не потребовалось.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 пациентов. У 1 пациента на 3-и сутки послеоперационного периода диагностирована эмпиема плевры слева. Выполнено дренирование плевральной полости. Тромбоэмболия легочной артерии с летальным исходом произошла у 1 пациента.

Поздние осложнения вмешательства возникли у 3 пациентов в сроки более 1 мес после операции. У всех возникло сужение пищевода в области наложения швов. Двум пациентам для восстановления проходимости пищевода выполнено бужирование суженного участка с хорошим клиническим эффектом. Одному пациенту из-за выраженности сужения и его протяженности, опасности разрыва стенки пищевода выполнена субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика с хорошим результатом.

Выводы. 1. Диагностика и лечение данного заболевания продолжают оставаться актуальными и в настоящее время без тенденции к уменьшению числа пациентов.

2. Энтеральное питание может быть начато в 1-е сутки после выполнения оперативного вмешательства.

3. Правильно выбранная хирургическая тактика позволила во всех наблюдениях добиться выздоровления пациентов.

4. Бужирование суженного участка пищевода может использоваться для восстановления его проходимости.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Корымасов Е.А., Бенян А.С., Пушкин С.Ю. и др. Спонтанный разрыв пищевода, осложненный распространенным гнойно-некротическим медиастинитом и сепсисом // Хирургия. 2011. № 1. С. 70–71.
2. Кочуков В.П. Клинический случай: синдром Бурхаве // Справочник поликлинического врача. М.: Медиа Медика, 2011. С. 59–60.
3. Кочуков В.П. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Хирургия. 2012. № 7. С. 83–84.
4. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Эндоскоп. хир. 2009. № 6. С. 48–50.
5. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. 352 с.
6. Юрасов С.Е. Спонтанный разрыв абдоминального отдела пищевода // Хирургия. 1999. № 4. С. 58.
7. Bona D., Aiolfi A., Rausa E., Bonavina L. Management of Boerhaave's syndrome with an over-the-scope clip // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2014. Vol. 45, № 4. P. 752–754.
8. Chirica M., Champault A., Dray X. et al. Esophageal perforations // J. Vasc. Surg. 2010. Vol. 147, № 3. P. 117–128.
9. De Schipper J.P., Pull ter Gunne A.F., Oostvogel H.J. et al. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treat ment algorithm // Digestive Surgery. 2009. Vol. 26, № 1. P. 1–6.
10. Hill A.G., Tiu A.T., Martin I.G. Boerhaave's syndrome: 10 years experience and review of the literature // A.N.Z.J.Surg. 2003. Vol. 73, № 12. P. 1008–1010.
11. Khan A.Z., Strauss D., Mason R.C. Boerhaave's syndrome: diagnosis and surgical management // Surgeon. 2007. Vol. 5, № 1. P. 39–44.

12. Lázár G., Paszt A., Simonka Z. et al. Successful strategy for surgical treatment of Boerhaave's syndrome // Surg. Endosc. 2011. Vol. 25, № 11. P. 3613–3619.
13. Lee M. Boerhaave's Syndrome // Encyclopedia of gastroenterology. 2004. Vol. 1. P. 222–223.
14. Passos Filho O., Cangussu H. C., Lopes R. H. et al. Boerhaave's syndrome: case report // Rev. Col. Bras. Cir. 2013. Vol. 40, № 1. P. 83–84.
15. Richardson J. D. Management of esophageal perforations: the value of aggressive surgical treatment // Am. J. Surg. 2005. Vol. 190, № 2. P. 161–165.
16. Schweigert M., Beattie R., Solymosi N. et al. Endoscopic stent insertion versus primary operative management for spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave syndrome): an international study comparing the outcome // Am. Surg. 2013. Vol. 79, № 6. P. 634–640.
17. Shen G., Chai Y., Zhang G. F. Successful surgical strategy in a late case of Boerhaave's syndrome // World J. Gastroenterol. 2014. Vol. 20, № 35. P. 12696–12700.
18. Tamatey M. N., Sereboe L. A., Tettey M. M. et al. Boerhaave's syndrome: diagnosis and successful primary repair one month after the oesophageal perforation // Ghana Med J. 2013. Vol. 47, № 1. P. 53–55.
19. Wolfson D., Barkin J. S. Treatment of Boerhaave's syndrome // Curr. Treat. Options Gastroenterol. 2007. Vol. 10, № 1. P. 71–77.

Поступила в редакцию 15.03.2015 г.

Yu. V. Chikinev, Ye. A. Drobyazgin, A. S. Polyakevich, I. V. Peshkova

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BOERHAAVE'S SYNDROME

Novosibirsk State Medical University

The article presents the results of diagnostics and treatment of 12 patients with Boerhaave's syndrome (men — 9, women — 3). The age of the patients was 19- 68 years old. The prescription of spontaneous rupture of the oesophagus was 7 h- 2 days from moment of the rupture to hospital admission. General aspects of disease were noted in 10 patients, though only 5 patients were directed to the hospital with suspicion on Boerhaave's syndrome. Emergency surgeries were performed on all patients. At first the opening was carried out, than drainage of posterior lower mediastinum were performed by Savinykh-Rozanov method with wound closure of the oesophagus walls. The complications were noted in 2 patients (the first case-pleural empyema, the second case-pulmonary embolism). Late complications, such as esophagostenosis in the place of wound closure were followed up in 3 patients in terms more than one month after operation.

Key words: *Boerhaave's syndrome, spontaneous rupture of the oesophagus, diagnostics and treatment of Boerhaave's syndrome*