

**В.И. Темирбулатов¹, О.В. Яковенко²,
Д.А. Сергачёв², С.В. Евдокимов², М.Е. Клеткин²**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА

¹Кафедра хирургических болезней ФПО КГМУ,

²БМУ «Курская областная клиническая больница»

Резюме. Спонтанные разрывы пищевода составляют 2-3 % от всех случаев повреждения этого органа, трудно диагностируются, сопровождаются высокой летальностью.

В период с 2004 по 2015 год включительно в отделении торакальной хирургии КОКБ на лечении по поводу спонтанного разрыва пищевода находилось 6 пациентов. Типичная локализация разрыва пищевода в его нижней трети диагностирована у 5 пациентов (83,3%), лишь в одном случае разрыв на фоне послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода локализовался в средней трети (16,7%). Средняя протяжённость разрыва составила 5,5 см (от 2,5 до 9 см). Период обращения за помощью от 1 до 24 часов, период выполнения оперативного вмешательства – от 1 часа до 3 недель.

В зависимости от давности, протяжённости разрыва и характера развившихся осложнений выполняли ушивание разрывов пищевода из лапаротомно-диафрагмотомического доступа в сочетании с фундопликацией и гастростомией; эзофагостомию, гастростомию в сочетании с перевязкой пищевода при лапародиафрагмотомии. При тяжелом состоянии на 5 сутки после спонтанного разрыва пищевода, сначала выполнено дренирование плевральных полостей в сочетании с эзофагостомией и гастростомией, а через 2 суток произведена правосторонняя торакотомия с ушиванием разрыва пищевода на T-образной трубке.

Спонтанный разрыв пищевода – редкое, плохо диагностируемое в первичном звене здравоохранения заболевание, связанное с развитием тяжёлых осложнений и сопровождающееся высокой летальностью даже при условии выполнения своевременного и адекватного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: пищевод; спонтанные разрывы; оперативное вмешательство.

Актуальность. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) является серьёзным заболеванием, своевременная диагностика которого представляет большие трудности из-за его редкости, разнообразия клинических проявлений, часто симулирующих различную патологию со стороны других органов, и неосведомлённости большинства врачей. В мировой медицинской литературе к 1998 году описано чуть более 300 случаев спонтанного разрыва пищевода [9, 10, 11]. Ввиду высокой летальности и значительной трудности диагностики верный диагноз часто устанавливается лишь посмертно при аутопсии [6]. Спонтанные разрывы пищевода составляют 2-3 % от всех случаев повреждения пищевода, чаще всего они происходят у мужчин старше 50 лет. 40 % из числа больных злоупотребляли алкоголем, частой причиной является послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода [8]. Основным методом лечения является оперативное вмешательство, задачами которого являются вскрытие и дренирование зон повреждения, вмешательство на пищеводе (ушивание дефекта пищевода с герметизацией линии швов, резекция пищевода), обеспечение энтерального питания, выключение пищевода. Послеоперационная летальность достигает 25-85 % и во многом определяется временем, прошедшим с момента

разрыва пищевода, что обусловлено развитием при поздней диагностике тяжёлых гнойных осложнений (флегмона глубоких клетчаточных пространств шеи, медиастинит, эмпиема плевры, сепсис, пищеводно-респираторные свищи, аррозивные кровотечения) [1]. Лучшие результаты достигаются при условии ранней диагностики синдрома Бурхаве и проведения адекватного хирургического лечения в течение первых 12 часов после возникновения разрыва. Если вмешательство задерживается более чем на 24 часа, смертность (даже с хирургическим вмешательством) достигает 50 % и более, а при отсрочке адекватного лечения на 48 часов — приближается к 90 %. При отсутствии лечения смертность близка к 100 % [5].

Материал и методы исследования. В период с 2004 по 2015 год включительно в отделении торакальной хирургии КОКБ на лечении по поводу спонтанного разрыва пищевода находилось 6 пациентов. Временной промежуток с момента разрыва до момента обращения за первичной медицинской помощью в этой группе больных колебался от 1 до 24 часов, а с момента разрыва до поступления в ОТХ КОКБ и выполнения оперативного вмешательства – от 1 часа до 3 недель. Первичное обращение непосредственно в КОКБ было лишь в одном случае (16,7%), в остальных 5 случаях (83,3%) – в другие медицинские учреждения г. Курска и Курской области. Средний возраст в данной группе больных составил 51 год (от 30 до 67 лет). 5 пациентов (83,3%) были мужского пола, а 1 (16,7%) – женского. Приём алкоголя предшествовал разрыву в 2 случаях (33,3%), рвота – в 5 случаях (83,3%). У 1 пациентки (16,7%) спонтанный разрыв пищевода произошёл на фоне длительно существующей послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода. Из клинических проявлений боли в груди отмечались у всех 6 пациентов (100%), эмфизема мягких тканей шеи и грудной клетки – у 5 (83,3%), клинические и рентгенологические признаки гидропневмоторакса – у 4 пациентов (66,7%). Всем без исключения пациентам выполнялись рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастным веществом, при котором констатирован затёк контраста за контур пищевода, и фиброэзофагоскопия. Типичная локализация разрыва пищевода в его нижней трети диагностирована у 5 пациентов (83,3%), лишь в одном случае разрыв на фоне послеожоговой рубцовой стриктуры пищевода локализовался в средней трети (16,7%). Средняя протяжённость разрыва составила 5,5 см (от 2,5 до 9 см).

Полученные результаты и их обсуждение. В зависимости от давности, протяжённости разрыва и характера развившихся осложнений характер и объём оперативных вмешательств варьировал. Экстирпация пищевода из торакального доступа, эзофагостомия, гастростомия по Кадеру выполнена в одном случае у пациентки с разрывом средней трети пищевода на фоне протяжённой послеожоговой стриктуры нижней трети пищевода.

Ушивание разрывов пищевода из лапаротомно-диафрагмотомического доступа в сочетании с фундопликацией и гастростомией выполнено 3 больным, поступившим

в течение первых 12 часов от момента разрыва, с локализацией дефекта стенки в нижней трети пищевода и максимальной длиной разрыва до 7 см.

Эзофагостомия, гастростомия в сочетании с перевязкой (отключением) пищевода при лапародиафрагмотомии выполнены больному с распространённым гнойным медиастинитом, левосторонней эмпиемой плевры, серозным ограниченным перитонитом. До поступления в клинику пациент лечился в течение 3-х недель по поводу эмпиемы плевры в другом лечебном учреждении. Хирургическое лечение этому больному было дополнено динамическими торакоскопическими санациями плевральных полостей.

Одному больному, поступившему в тяжелом состоянии на 5 сутки после спонтанного разрыва пищевода, сначала выполнено дренирование плевральных полостей в сочетании с эзофагостомией и гастростомией, а через 2 суток произведена правосторонняя торакотомия с ушиванием разрыва пищевода на Т-образной трубке. В последующем сформированный пищеводно-плевральный свищ самостоятельно закрылся после последовательного удаления Т-образной трубки и плевральных дренажей, а эмпиема плевры купирована.

Средний срок пребывания больных в отделении торакальной хирургии составил 31 койко-день (от 11 до 54 койко-дней). С выздоровлением выписано 3 пациентов (50%). Летальный исход наступил в 3 случаях (50%). Непосредственными причинами летальных исходов в двух случаях стало прогрессирование гнойного процесса (медиастинит, пиопневмоторакс, деструктивная пневмония), приведшее к развитию сепсиса и ПОН; ещё в одном случае – рецидивирующие желудочно-кишечные кровотечения, некроз желудка, перитонит, многократные релапаротомии, деструктивная пневмония, приведшие к развитию сепсиса и ДВС-синдрома. Взаимосвязь между летальностью и протяжённостью разрыва, а также между летальностью и временем до оперативного вмешательства и характером хирургической операции в нашем исследовании не установлена.

Выводы. Спонтанный разрыв пищевода – редкое, плохо диагностируемое в первичном звене здравоохранения заболевание, связанное с развитием тяжёлых осложнений и сопровождающееся высокой летальностью даже при условии выполнения своевременного и адекватного оперативного вмешательства.

Литература.

1. Завгороднев С. В., Корниенко В. И., Пашков В. Г., Хитов Р. А., Русяева Т. В., Наумов А. Ю., Тимофеев Д. А. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидропневмотораксом, эмпиемой плевры и бронхиальным свищом // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2007. — № 4. — С. 54—56.
2. Карпицкий А. С., Шестюк А. М., Боуфалик Р. И., Журбенко Г. А., Вакулич Д. С., Шишкевич О. А. Случай успешного хирургического лечения спонтанного разрыва пищевода, осложнённого медиастинитом и эмпиемой плевры // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2011. — Т. 170, № 1. — С. 82—83.
3. Кочуков В. П. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2012. — № 7. — С. 83—84.
4. Малков А. П., Ходаков В. В., Ранцев М. А. Спонтанный разрыв пищевода // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2008. — Т. 1, № 1. — С. 57—59.

5. Мирошников Б. И., Лабазанов М. М., Ананьев Н. В., Белый Г. А., Смирнова Н. А. Спонтанный разрыв пищевода // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 1998. – Т. 157, № 2. – С. 74-75.

6. Полянко Н. И., Галкин В. Н., Годулян А. В., Каниболоцкий А. А. Спонтанный разрыв пищевода: синдром Бурхаве // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – № 2. – С. 114-116.

7. Сулиманов Р. А. Повреждения и спонтанные разрывы грудного отдела пищевода // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 1999. — № 2. — С. 18—20.

8. Тактика профилактики и лечения рубцовых стриктур в комплексе оказания помощи больным с ожогами пищевода / В.В. Бульнин, Ю.А. Пархисенко, А.В. Сергаков, В.В. Смольянов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2012. № 1. С. 16

9. Тимербулатов В. М., Нартайлаков М. А., Авзалетдинов А. М., Тимербулатов Ш. В. Спонтанный разрыв пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2009. — № 2. — С. 34—37.

10. Тимербулатов Ш. В., Тимербулатов В. М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 6. – С. 48-50.

11. Юрасов С. Е. Спонтанный разрыв абдоминального отдела пищевода // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 1999. — № 4. — С. 58.

Abstract.

V. I. Temirbulatov¹, O.V. Yakovenko², D.A. Sergachyov², S.V. Evdokimov², M.E. Kletkin²
RESULTS of TREATMENT of the SPONTANEOUS RUPTURE of the GULLET

1 Department of surgical diseases of FPO KGMU,

2BMU "Kursk Regional Hospital"

Spontaneous ruptures of a gullet make 2-3% of all cases of damage of this body, difficult are diagnosed, followed by a high lethality.

During the period from 2004 to 2015 inclusive in office of thoracic surgery of KOKB on treatment concerning a spontaneous rupture of a gullet there were 6 patients. Typical localization of a rupture of a gullet in its lower third is diagnosed for 5 patients (83,3%), only in one case the gap against the background of a postburn cicatricial stricture of a gullet was localized in an average third (16,7%). Average extent of a gap made 5,5 cm (from 2,5 to 9 cm). A period of revolution for the help from 1 to 24 clocks, the operative measure realization period – from 1 hour to 3 weeks.

Depending on prescription, extents of a gap and character of the developed complications carried out an ushivaniye of ruptures of a gullet from laparotomno-diafragmotomichesky access in combination with fundoplication and a gastrostomy; esophagostomy, a gastrostomy in combination with bandaging of a gullet at a laparodiafragmotomiya. At serious condition for the 5th days after a spontaneous rupture of a gullet, at first a drainage of pleural cavities in combination with esophagostomy and a gastrostomy is executed, and in 2 days the right-hand thoracotomy with an ushivaniye of a rupture of a gullet on the T-shaped tube is made.

Spontaneous rupture of a gullet – the infrequent, badly diagnosed in primary link of health care disease, the bound to development of heavy complications and followed by a high lethality even on condition of realization of a well-timed and adequate operative measure.

Keywords: gullet; spontaneous gaps; operative measure.

References

1. Zavgorodnev S. V., Korniyenko V. I., Pashkov V. G., Hits R. A., Rusyaev T. V., Naumov A. Yu., Timofeev D. A. The spontaneous rupture of chest department of a gullet complicated by a purulent mediastinitis, a bilateral hydropneumothorax, an empyema of a pleura and bronchial fistula//Surgery. Magazine of N. I. Pirogov. — 2007. — No. 4. — Page 54 — 56.

2. Karpitsky A. S., Shestyuk A. M., Boufalik R. I., Zhurbenko G. A., Vakulich D. S., Shishkevich O. A. A case of successful surgical treatment of a spontaneous rupture of the gullet complicated by a mediastinitis and an empyema of a pleura//the Messenger of surgery of I. I. Grekov. — 2011. — Т. 170, No. 1. — Page 82 — 83.

3. Kochukov V. P. Spontaneous rupture of a gullet (syndrome to Burkhave)//Surgery. Magazine of N. I. Pirogov. — 2012. — No. 7. — Page 83 — 84.

4. A. P. whitebaits, Hodakov V. V., Satchels M. A. Spontaneous rupture of a gullet//Messenger of the experimental and clinical surgery. — 2008. — Т. 1, No. 1. — Page 57 — 59.
5. Miroshnikov B. I., Labazanov M. M., Ananyev N. V., White G. A., Smirnova N. A. A spontaneous rupture of a gullet//the Messenger of surgery of I. I. Grekov. — 1998. — Т. 157, No. 2. — Page 74-75.
6. Clearing N. I., Galkin V. N., Godulyan A. V., Kanibolotsky A. A. Spontaneous rupture of a gullet: syndrome to Burkhava//the Experimental and clinical gastroenterology. — 2008. — No. 2. — Page 114-116.
7. Sulimanov R. A. Damages and spontaneous ruptures of chest department of a gullet//Surgery. Magazine of N. I. Pirogov. — 1999. — No. 2. — Page 18 — 20.
8. Tactics of prophylaxis and treatment of cicatricial strictures in a complex of assistance to patients with gullet burns / V. V. Bulynin, Yu. A. Parkhisenko, A. V. Sertakov, V. V. Smolyanov//the Messenger of surgical gastroenterology. 2012. No. 1. Page 16
9. Timerbulatov V. M., Nartaylakov M. A., Avzaletdinov A. M., Timerbulatov Sh. V. Spontaneous rupture of a gullet//Chest and cardiovascular surgery. — 2009. — No. 2. — Page 34 — 37.
10. Timerbulatov Sh. V., Timerbulatov V. M. Spontaneous rupture of a gullet (syndrome to Burkhava)//Endoscopic surgery. — 2009. — No. 6. — Page 48-50.
11. Yurasov S. E. Spontaneous rupture of abdominal department of a gullet//Surgery. Magazine of N. I. Pirogov. — 1999. — No. 4. — Page 58.

Сведения об авторах: Темирбулатов Владимир Ибрагимович – д.м.н., профессор зав. отделением торакальной хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница», профессор кафедры хирургических болезней ФПО Курского государственного медицинского университета, vtemirbulatov@yandex.ru; Яковенко Олег Владимирович – к.м.н., врач-торакальный хирург отделения торакальной хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница» gkslnike@gmail.com; Сергачёв Дмитрий Александрович – к.м.н., врач-торакальный хирург отделения торакальной хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница» das270470@yandex.ru; Евдокимов Сергей Владимирович – врач-торакальный хирург отделения торакальной хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница» sergei.ewdokimoff2015@yandex.ru; Клеткин Максим Евгеньевич – врач-торакальный хирург отделения торакальной хирургии БМУ «Курская областная клиническая больница» kletkin-max@mail.ru