

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА, ГНОЙНЫЙ ЗАДНИЙ МЕДИАСТИНИТ, ЛЕВОСТОРОННЯЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ В СОЧЕТАНИИ С ДВУМЯ ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЖЕЛЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ И ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОНОЙ

А.Н. Погодина, К.М. Рабаданов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Российская Федерация

SPONTANEOUS RUPTURE OF THE ESOPHAGUS, POSTERIOR PURULENT MEDIASTINITIS, LEFT-SIDED PLEURAL EMPYEMA IN COMBINATION WITH TWO PERFORATED DUODENAL ULCERS, DIFFUSE BILE PERITONITIS, AND RETROPERITONEAL PHLEGMON

A.N. Pogodina, K.M. Rabadanov

N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

По мнению большинства исследователей, спонтанный разрыв пищевода (СРП) встречается сравнительно редко и составляет от 1,7 до 17,5% всех случаев повреждений пищевода. На сегодняшний день среди хирургов не существует единого и однозначного мнения об эффективности различных методов лечения СРП, отсутствуют единые алгоритмы диагностики и оценки проведенного лечения. СРП представляет из себя реальную угрозу жизни больного: летальность при СРП составляет до 75% на догоспитальном этапе и до 25–85% в послеоперационном периоде; она зависит от времени с момента разрыва стенки пищевода до выполнения хирургического вмешательства и развития осложнений.

Ключевые слова:

спонтанный разрыв пищевода, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, перитонит.

ABSTRACT

According to most researchers, spontaneous rupture of the esophagus (SRE) occurs relatively rarely, ranging from 1.7% to 17.5% of all cases of damage to the esophagus. Today, there is no one categorical opinion on the effectiveness of various treatments for SRE among surgeons, there are no uniform algorithms for diagnosis and evaluation of the treatment. SRE is a real threat to the life of a patient: SRE mortality rate is up to 75% in the prehospital period and up to 25%-85% in the postoperative period, and depends on the time interval between the rupture of the esophageal wall and the surgery, as well as complications.

Keywords:

spontaneous esophageal rupture, perforated duodenal ulcer, peritonitis.

ВВЕДЕНИЕ

Первая публикация о спонтанном разрыве пищевода вышла в свет в 1724 г. (*Herman Boerhave*). Тогда такие наблюдения считались казуистикой. В настоящее время в структуре перфораций пищевода на долю спонтанного разрыва приходится 15–17% [1–3]. Спонтанный разрыв пищевода сопровождается гнойно-некротическими осложнениями в 70–90% случаев, высокой летальностью, достигающей 86% и за последние десятилетия не имеющей тенденции к снижению [4–6]. Поздняя диагностика и сложности хирургического лечения, требующего, как правило, многоэтапных операций, а также полиорганная недостаточность становятся основными факторами, определяющими высокий уровень летальности [7–11]. Несмотря на широкое применение современных методов инструментальной диагностики, вопросы раннего распознавания этого патологического процесса остаются нерешенными [1, 2, 8, 12, 13]. Противоречивы мнения относительно видов и последовательности вмешательств у больных со спонтанным разрывом пищевода [2, 9, 11].

Приводим наблюдение успешного хирургического лечения больного со спонтанным разрывом пищевода, медиастинитом, левосторонней эмпиемой плевры в сочетании с двумя перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки (ДПК), распространенным желчным перитонитом и забрюшинной флегмоной. Подобных наблюдений в литературе мы не нашли.

Больной М., 56 лет, переведен в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского 13.03.2014 из ГКБ № 68 г. Москвы. Анамнез: в течение 10 лет страдает язвенной болезнью ДПК, последние 5 лет не обследовался и не лечился. 11.03.2014 после обеда отметил тошноту, была многократная рвота с примесью свежей крови, после чего появилась сильная боль в эпигастриальной области, за грудиной, одышка. Через час с момента заболевания бригадой скорой медицинской помощи доставлен в ГКБ № 68 г. Москвы с диагнозом «острый панкреатит». При рентгенографии груди выявлен левосторонний гидроторакс. Произведено дренирование левой плевральной полости. Эвакуировано 500 мл бурой жидкости с примесью пищи. 12.03.2014 при эзофагогаст-

родуоденоскопии выявлен дефект левой стенки пищевода в нижнегрудном отделе размерами 1,5х0,5 см. С диагнозом «спонтанный разрыв пищевода» переведен в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

При поступлении состояние больного тяжелое. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледной окраски. В сознании, адекватен. Жалобы на боль в левой половине груди, эпигастральной области, одышку. Дыхание свободное, ослаблено слева в базальных отделах, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 26–28 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Артериальное давление — 130/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений — 110 в мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Дизурии нет. Локально: определяется подкожная эмфизема груди слева. Имеются однопосветные дренажные трубки диаметром 5 мм во 2-м межреберье по среднеключичной линии слева и в 7-м межреберье по задней подмышечной линии слева с мутным отделяемым.

Рентгенография груди: левосторонний гидропневмоторакс. Гиповентиляция базальных сегментов обоих легких (рис. 1 а).

Рентгенконтрастное исследование пищевода с взвесью сульфата бария — затекание контрастного вещества за контуры пищевода по левой стенке на уровне Th_{IX}–Th_X с поступлением в левую плевральную полость (рис. 1 б).

Ультразвуковое исследование плевральных полостей, перикарда, брюшной полости: двусторонний гидроторакс с разобщением листков плевры 1,5 см. Разобщение листков перикарда 0,5 см, перикард не утолщен. Свободная жидкость в брюшной полости с разобщением листков брюшины 1,0 см в подпеченочном пространстве, в правом латеральном канале и в малом тазу.

13.03.2014 г. в 16 ч 45 мин под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости, преимущественно в правых отделах, около 1000 мл желчи. Взят посев. При ревизии выявлены две перфоративные, пенетрирующие, стенозирующие язвы ДПК по передней и задней стенкам диаметром около 2,0 см с инфильтратом вокруг и поступлением желчи. Имеет место желчное пропитывание клетчатки с участками некроза по ходу восходящей ободочной кишки (рис. 2). Печень обычных размеров, не уплотнена. Желчный пузырь увеличен в объеме, стенки утолщены, в просвете застойная желчь (пункции желчного пузыря не было). Петли тонкой кишки расширены, стенки отечные с рыхлыми фибриновыми наложениями. Толстая кишка раздута. После санации брюшной полости произведена антрумэктомия с гастроэнтероанастомозом по Ру. Мобилизована левая доля печени. Произведена сагиттальная диафрагмотомия. В заднем средостении вскрыта полость, сообщающаяся с левой плевральной полостью, содержащая около 100 мл содержимого (гной с примесью бариевой взвеси, взят на посев). Выраженные гнойно-некротические изменения клетчатки средостения распространяются вверх до уровня Th_{VII}. Полость в заднем средостении и левая плевральная полость тщательно промыты раствором хлоргексидина. Произведена мобилизация нижней трети пищевода и дна желудка. Дефект пищевода определяется на высоте 2 см от кардии по левой стенке, длиной 5,0 см. Произведено ушивание дефекта пищевода двухрядными швами (непрерывный + узловыми выкриловыми швами). Выполнена фундопликация по Ниссену на 360° с укрытием линии швов на пищеводе дном желудка. На переднюю стенку желудка в средней трети тела наложена гастростома по Кадеру. Произведена холецистостомия. Трансхиатальное дрениро-

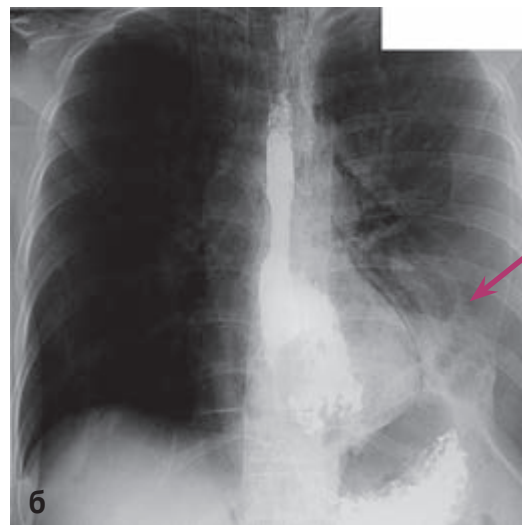
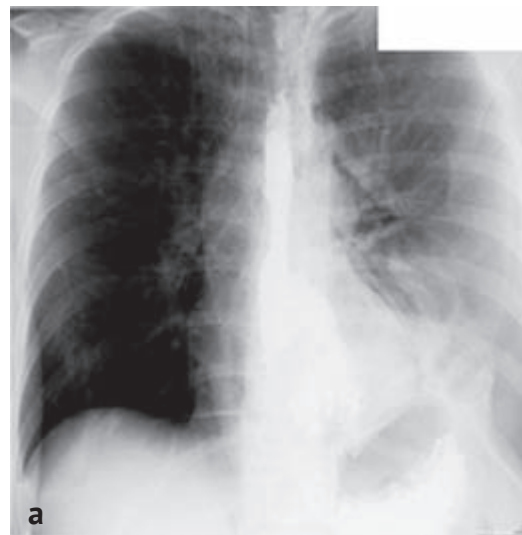


Рис. 1. Рентгенограмма груди, рентгенконтрастное исследование пищевода. Стрелкой указан разрыв левой стенки пищевода с затеканием контрастного вещества

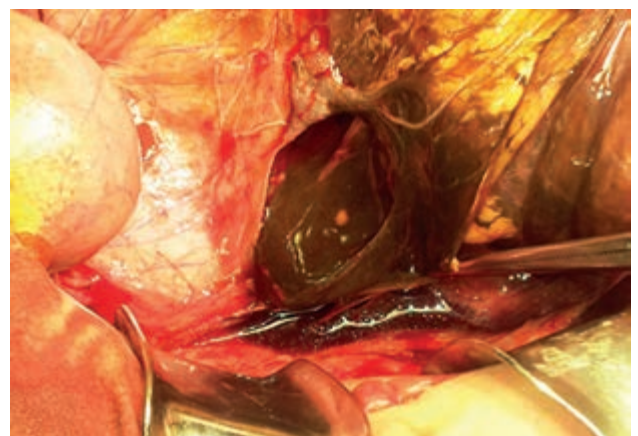


Рис. 2. Флегмона забрюшинного пространства

вание средостения трубкой ТМК-24 слева от пищевода, установлен дренаж к пищеводному отверстию диафрагмы. Дренажи также установлены в подпеченочное, левое поддиафрагмальное пространство, правый латеральный канал и малый таз. Произведена интубация тощей кишки через гастростому.

В посевах из средостения и полости эмпиемы плевры отмечен рост *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* и *Candida albicans*.

После операции больной получал комплексную интенсивную терапию: инфузионно-трансфузионную, антибактериальную (тиенам 1 г х 2 раза в день в/в, метронидазол 100,0 2 раза в день в/в в течение 10 сут), иммунокорригирующую (иммуноглобулин 75 мг х 2 раза в день в/в, Т-активин 1,0 в день п/к, гипериммунная плазма, пробиотики), противогрибковую (дифлюкан 50 мл день) антацидную (ацилок 100 мг х 2 раза в день в/в 14 дней) терапию, использованы методы экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез и ПВВГДФ – однократно), проводили санационную трахеобронхоскопию, постоянное промывание полости эмпиемы и полости в заднем средостении с аспирацией, кормление через гастроеюнальный зонд.

На 7-е сут после операции удалены дренажи из брюшной полости.

17.03.14 с целью проведения адекватной искусственной вентиляции легких, санации трахеобронхиального дерева произведена нижняя трахеостомия. Состояние больного стабилизировалось. 26.03.2014 переведен на самостоятельное дыхание. Трахея деканюлирована. Сняты швы с лапаротомной раны – заживление первичным натяжением.

Рентгенконтрастное исследование пищевода на 20-е сут после операции: пищевод свободно проходим, затекания контрастного вещества за контуры пищевода нет, гастроэзофагеальный рефлюкс не определяется (рис. 3).

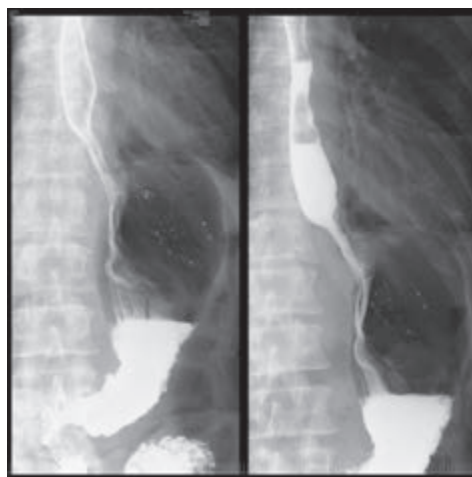


Рис. 3. Рентгенконтрастное исследование пищевода желудка на 20-е сут после операции

Удален гастроеюнальный зонд. Начато кормление через гастростому. На 30-е сут после операции начато кормление через рот жидкой пищей.

Полость эмпиемы плевры и полость в заднем средостении очистились и постепенно облитерировались. Дренажи удалены на 40-е сут после операции. На 50-е сут выписан в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демченко П.С., Посудевский С.С., Наumenko В.Н. Диагностика и лечение спонтанных разрывов пищевода // Клиническая хирургия. – 1989. – № 10. – С. 44–45.
2. Погодина А.Н. Спонтанные и гидравлические разрывы пищевода // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2007. – № 29. – С. 59–62.
3. Passos Filho O., Cangussu H.C., Lopes R.H., et al. Boerhaave's syndrome: case report // Rev. Col. Bras. Cir. – 2013. – Vol. 40, N. 1. – P. 83–84.
4. Абакумов М.М., Погодина А.Н. Неотложная хирургия пищевода // Хирургия. – 1992. – № 4. – С. 3–8.
5. Погодина А.Н., Абакумов М.М. Механические проникающие повреждения пищевода // Хирургия. – 1998. – № 10. – С. 20–24.
6. Lucendo A.J., Frigal-Ruiz B.R., Rodriques B. Boerhaave's syndrome as the primary manifestation of adult eosinophilic esophagitis. Two case reports and a review of the literature // Dis. Esophagus. – 2011. – Vol. 24, N. 2. – P. 11–15.
7. Абакумов М.М. Гнойный медиастинит // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 82–85.

REFERENCES

1. Demchenko P.S., Posudevskiy S.S., Naumenko V.N. Diagnostika i lechenie spontannykh razryvov pishchevoda [Diagnosis and treatment of spontaneous rupture of the esophagus]. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1989; 10: 44–45. (In Russian)
2. Pogodina A.N. Spontannye i gidravlicheskie razryvy pishchevoda [Spontaneous esophageal and hydraulic fracturing]. *Nauchno-meditsinskiy vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ya*. 2007; 29: 59–62. (In Russian)
3. Passos Filho O., Cangussu H.C., Lopes R.H., et al. Boerhaave's syndrome: case report. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2013; 40 (1): 83–84.
4. Abakumov M.M., Pogodina A.N. Neotlozhnaya khirurgiya pishchevoda [Emergency surgery of the esophagus]. *Khirurgiya*. 1992; 4: 3–8. (In Russian)
5. Pogodina A.N., Abakumov M.M. Mekhanicheskie pronikayushchie povrezhdeniya pishchevoda. *Khirurgiya*. 1998; 10: 20–24. (In Russian)
6. Lucendo A.J., Frigal-Ruiz B.R., Rodriques B. Boerhaave's syndrome as the primary manifestation of adult eosinophilic esophagitis. Two case reports and a review of the literature. *Dis. Esophagus*. 2011; 24 (2): E11–15.
7. Abakumov M.M. Gnoynny mediastinit [Purulent mediastinitis]. *Khirurgiya*. 2004; 5: 82–85. (In Russian)
8. Zavgorodnev S.V., Kornienko V.I., Pashkov V.G., et al. Spontanny razryv grudnogo otdela pishchevoda, oslozhnennyy gnoynym mediastinitom, dvustoronnim gidropnevotoraksom, empiemoy plevry i bronkhial'nym svishchom [Spontaneous rupture of the thoracic esophagus complicated by purulent mediastinitis, bilateral hydropneumothorax, pleural empyema and bronchial fistulas]. *Khirurgiya*. 2007; 4: 54–56. (In Russian)

8. Zavgorodnev S.V., Kornienko V.I., Pashkov V.G. и др. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидроневмотораксом, эмпиемой плевры и бронхиальным свищем // Хирургия. – 2007. – № 4. – С. 54–56.
9. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. Повреждения пищевода. – М.: Медицина, 1981. – 176 с.
10. Emmanouilidis N., Jager M.D., Winkler M., Klemptner J. Boerhaave syndrome as a complication of colonoscopy preparation: a case report // J. Med. Case Rep. – 2011. – Vol. 5. – P. 544.
11. Lin W.C., Chen J.D., Tiu C.M., et al. Boerhaave syndrome with atypical clinical presentations diagnosed by computed tomography // Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). – 2002. – Vol. 65, N. 1. – P. 45–48.
12. Погодина А.Н. Клиника, диагностика и лечение повреждений пищевода и их последствий: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 439 с.
13. Eroglu A., Kurkuoglu C., Karaoglanoglu N., et al. Spontaneous esophageal rupture following severe vomiting in pregnancy // Dis. Esophagus. – 2002. – Vol. 15, N. 3. – P. 242–243.

9. Komarov B.D., Kanshin N.N., Abakumov M.M. Povrezhdeniya pishchevoda [Damage to the esophagus]. Moscow: Meditsina Publ., 1981. 176 p. (In Russian)
10. Emmanouilidis N., Jager M.D., Winkler M., Klemptner J. Boerhaave syndrome as a complication of colonoscopy preparation: a case report. *J Med Case Rep*. 2011; 5: 544.
11. Lin W.C., Chen J.D., Tiu C.M., et al. Boerhaave syndrome with atypical clinical presentations diagnosed by computed tomography. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 2002; 65 (1): 45–48.
12. Pogodina A.N. Klinika, diagnostika i lechenie povrezhdeniy pishchevoda i ikh posledstviy : dis. ... d-ra med. nauk [The clinic, diagnosis and treatment of lesions of the esophagus and their consequences. Dr. med. sci. diss.] Moscow, 1989. 439 p. (In Russian)
13. Eroglu A., Kurkuoglu C., Karaoglanoglu N., et al. Spontaneous esophageal rupture following severe vomiting in pregnancy. *Dis. Esophagus*. 2002; 15 (3): 242–243.

Поступила 13.11.2014

Контактная информация:

Рабданов Кади Магомедович,
научный сотрудник отделения неотложной
торакоабдоминальной хирургии
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
e-mail: kadi@yandex.ru