

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ СПОНТАННОМУ РОЗРИВІ СТРАВОХОДУ

І. Д. Дужий, С. О. Голубничий, С. М. Кобилецький.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.

Вступ. Перше знайомство зі спонтанним розривом стравоходу (синдромом Бурхаве) відноситься до 1724 року, коли голландський лікар Н. Воерхааве привів його перший опис. Дане захворювання трапляється нечасто і складає 2-3% від усіх випадків пошкоджень стравоходу [3]. У світовій літературі до 1998 року було описано близько 300 спостережень спонтанного розриву стравоходу [2]. Найчастіше дане захворювання трапляється у чоловіків старших 50 років, дуже рідко у новонароджених, та майже ніколи у дітей після 1 року та підлітків [3]. За даними авторів 40% хворих на синдром Бурхаве зловживали алкоголем [3].

Причиною розриву стінки стравоходу при синдромі Бурхаве, як і при синдромі Маллорі-Вейса, є дискоординація дії м'язів стравоходу та стравохідних сфінктерів під час блювоти. Однак, на відмінну від синдрому Маллорі-Вейса, при якому розриви абдомінального відділу стравоходу та кардіального відділу шлунка носять поверхневий характер, при синдромі Бурхаве відбувається розрив усіх шарів стінки стравоходу (трансмуральний розрив) [1,4]. З огляду на патогенез синдрому Бурхаве розриви стравоходу переважно локалізуються у наддіафрагмальному або абдомінальному сегментах стравоходу [5].

Своєчасна діагностика даної хвороби викликає значні труднощі у зв'язку з його незначною частотою, різноманітністю клінічної картини та необізнаністю більшості лікарів щодо цього синдрому [2]. Варіабельність клінічних проявів захворювання залежить від анатомічних особливостей стравоходу та локалізації його розриву. Більшість авторів виділяють два основних клінічних варіанти спонтанного розриву стравоходу. Торакальний варіант зумовлений перфорацією грудної відділу стравоходу. На першому етапі свого розвитку синдром проявляється пневмотораксом та пневмомедіастинумом. Пізніше розвивається власне медіастиніт та емпієма плеври. Абдомінальний варіант зумовлюється розривом абдомінального відділу стравоходу. При ньому розвивається клініка перитоніту [5].

За деякими даними гнійні ускладнення при синдромі Бурхаве виникають у 78% хворих, при цьому у 12% процес локалізується у клітковинних прошарках шиї, у 66% – розповсюджується по середостінню [2]. Летальність

при цьому синдром на догоспитальному етапі становить 75% і більше. Післяопераційна летальність у даній групі хворих сягає 25-85% [2].

Мета дослідження. Оптимізувати діагностичний алгоритм та лікувальну тактику при спонтанному розриві стравоходу.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням протягом останніх 20 років було 2 випадки спонтанного розриву стравоходу з пізньою діагностикою. При обстеженні хворих застосовувалися загальноклінічні дослідження, променеві методи та ЕКГ. На останньому етапі (третій рівень надання медичної допомоги – обласне торакальне відділення) застосовували аліментарне контрастування розчином діамантового зеленого та контрастування водорозчинними препаратами при рентгенологічному дослідженні. Вік хворих 57 і 52 роки.

Особливістю процесу у першого хворого був його перебіг за торакальним варіантом "під маскою" гострої серцевої патології. Цей хворий потрапив до кардіологічного відділення міської лікарні з діагнозом інфаркт міокарда. Лише на 4 добу з огляду на погіршення стану хворого (слабкість, розбитість, пітливість, м'язові та суглобові болі, адинамія, задишка, непродуктивний кашель) була виконана рентгенографія ОГК, під час якої були виявлені ознаки гідропневмотораксу та пневмомедіастинуму, що дало привід для встановлення діагнозу спонтанного розриву стравоходу. Електрокардіографічні ознаки пізніше були розцінені як вторинні метаболічні зміни. Нажаль, незважаючи на виконане оперативне втручання (медіастинотомія з дренажуваннями середостіння, торакотомія з дренажуванням плевральної порожнини, гастростомія) хворий помер від тотального медіастиніту, інтоксикації, поліорганної недостатності.

У другого хворого спонтанний розрив стравоходу мав перебіг за "змішаним варіантом" і починався з абдомінального синдрому з поступовим нашаруванням торакальних ознак. Особливості перебігу захворювання у цього хворого наводимо детально.

Хворий Б. 52 років доставлений у приймальне відділення однієї з ЦРЛ Сумської області зі скаргами на оперізуючий біль у верхньому відділі живота животі, нудоту, слабкість. Захворів гостро, коли після їжі та вживання алкогольних напоїв з'явився біль в епігастрії та за грудниною, який згодом спустився дещо нижче і прийняв оперізуючий характер, з'явилася нудота. Одноразова була блювота. При огляді – зріст хворого 178 см., вага 127 кг., загальний стан тяжкий, АТ – 100/60 мм рт. ст., пульс – 102 уд./хв., над легенями везикулярне дихання вислуховується над всією поверхнею. Живіт м'який, болісний в епігастрії, перитонеальні симптоми відсутні. У клінічному аналізі крові звертало на себе увагу незначне зниження рівня гемоглобіну та кількості еритроцитів (Hb – 94г/л, еритр. – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л.), помірний лейкоцитоз із зсувом

лейкоцитарної формули вліво (лейкоцити – $10,5 \cdot 10^9$ /л.: паличкоядерні – 6%, сегментоядерні – 64%, еозінофіли – 3%, моноцити – 5%, лімфоцити – 22%). ШОЕ 12 мм/год. Серед біохімічних показників визначалася гіпопротеїнемія та збільшення рівня амілази крові (загальний білок – 59,7 г/л., білірубін – 12,4 мкмоль/л, креатинін – 70 мкмоль/л., сечовина – 5,3 ммоль/л., а-амілаза – 128 од/л, цукор крові – 3,3 ммоль/л).

При виконанні ультрасоноскопії черевної порожнини виявлені ознаки панкреатиту. Хворий був госпіталізований у хірургічне відділення з діагнозом "гострий панкреатит", призначено відповідне лікування. За 2 доби стан хворого погіршився, з'явилась задишка у спокої, сухий кашель. На рентгенограмі органів грудної клітки виявлено затемнення у нижніх відділах лівого гемітораку, що було розцінено як пневмонія. Хворий консультований пульмонологом та торакальним хірургом. При діагностичній плевральній пункції встановлено наявність рідини у лівій плевральній порожнині прозорого характеру. Виконане дренування лівої плевральної порожнини. Через дренаж виділилось до 2400,0 ексудату насиченого коричневого кольору без запаху. Мікроскопічно – лейкоцити на все поле зору. Проба Рівальта позитивна. Враховуючи характер ексудату та анамнез був запідозрений розрив стравоходу. Проведена проба з водним розчином діамантового зеленого, яка виявилася негативною. На контрольній рентгенограмі органів грудної клітки (ОГК) після евакуації ексудата даних за розширення середостіння чи пневмомедіастинума виявлено не було. Наявність плеврального випоту було розцінено, як "реактивний плеврит" на тлі гострого панкреатиту. Стан хворого дещо покращився. За наступну добу з плевральної порожнини виділось до 400,0 ексудату, більш мутного характеру. При проведенні повторно аліментарної проби з барвником виявлена поява його в ексудаті плевральної порожнини, що підтвердило підозру щодо спонтанного розриву стравоходу.

Хворий терміново переведений до торакального відділення клінічної обласної лікарні, де діагноз був остаточно підтверджений рентгенографією ОГК (рис.1) та езофагографією з водорозчинним контрастом (рис.2).

Після короткочасної передопераційної підготовки проведено оперативне втручання: лівостороння бокова торакотомія. Під час останньої у наддіафрагмальній частині по передній поверхні стравоходу виявлений його розрив протяжністю до 3,5 см. Виконане ушивання розриву стравоходу двохранними вузловими швами, декортикація язичкових сегментів та нижньої долі.



Рисунок 1 – пневмогідроторакс зліва

Рисунок 2 - вихід та накопичення частини контрасту у задньому середостінні.

Проведене параезофагеальне дронування середостіння силіконовим дренажем типу "редон" діаметром 10 мм. Дренаж фіксований вузловим кетгутовим швом до медіастинальної плеври. Плевральна порожнина дренована двома силіконовими дренажами діаметром 5 та 10 мм у II та VIII міжребер'ях.

У післяопераційний період проводилася активна аспірація плеврального вмісту апаратом В-40А та проточний лаваж розчинами антисептиків (декаметоксин 0,02 %, розчин перманганату калію). З метою "виключення" стравоходу та належного харчування інтраопераційно був встановлений назогастральний зонд. Проте протягом доби він був видалений лікарями відділення інтенсивної терапії та реанімації з "технічних причин". Проводилася антибіотикотерапія, дезінтоксикаційні заходи та парентеральне харчування. Протягом перших 4 діб характер ексудату змінився: з'явився тягучий слиз та збільшилася його кількість. Чергова аліментарна проба з розчином барвника (діамантового зеленого) підтвердила неспроможність швів стравоходу та потрапляння шлункового вмісту і слини у плевральну порожнину. Для забезпечення декомпресії шлунку та ентерального харчування на 5 добу після ушивання стравоходу була виконана гастростомія по Кадеру.

Під час ендоскопічного дослідження через гастростому для визначення стану шлунку та стравоходу, з'ясовано, що езофагомедіастинальна нориця протяжністю до 7 мм знаходиться у зоні нижнього відділу лівої стінки стравоходу з переходом на кардію шлунка, через норицю візуалізувався дренаж у середостінні, який упирився у стінку стравоходу, визиваючи її натяг, що на

нашу думку заважало закриттю нориці. Окрім цього діагностовані гострі виразки препілорічного відділу шлунка та цибулини 12-палої кішки. Під ендоскопічним контролем, через стому встановлений у 12-палу кишку тонкий шлунковий зонд (№21) для харчування, а другий зонд, залишений у шлунку поряд з попереднім для аспірації вмісту шлунку. Завдяки цим заходам вдалося значно зменшити об'єм виділень з нориці та налагодити повноцінне ентеральне харчування. Після ендоскопії дренаж середостіння діаметром 10 мм, який тиснув на стравохід, «гальмуючи» закриття нориці було замінено на більш м'який діаметром 5 мм. Маніпуляція виконувалася під рентгенологічним контролем за допомогою напівжорсткого металевого провідника, заведеного у середостіння через попередній дренаж. Дренаж у середостінні залишався "для контролю" до повного відновлення природного харчування, а дренажі з плевральної порожнини видалені.

На 4-ту добу з початку харчування у хворого констатована реканалізація трансплевральної стравохідної нориці з помірним виділенням по дренажу шлункового вмісту. При проведенні ЕФГДС через стому, знайдена езофагомедіастенальна нориця до 5 мм у довжину, покрита фібрином з ознаками початку епітелізації каналу. Маючи досвід використання тканинних адгезивів (діюча речовина – n-бутилціаноакрілат) при бронхоскопічній ліквідації бронхіальних нориць, було прийнято рішення про застосування адгезиву у даного хворого. Через канал гастроскопа, за допомогою фторпластового катетеру з модифікованою канюлею у норицю було введено 0,5 мл адгезиву, який протягом 3 хвилин полімеризувався («затвердів») з повною obturaцією ходу нориці. Через 3 доби розпочато контрольоване дрібне харчування per os. Упродовж 5 діб, на тлі повноцінного природного харчування, реканалізації нориці не було – дренаж із середостіння видалений, гастростома закрита через 10 діб.

За час лікування (34 доби) загальна втрата маси тіла хворого становила 20% (зниження зі 127 кг до 102 кг).

З метою подальшого спостереження та реабілітації хворий був направлений до реабілітаційного відділення санаторію "Миргород".

Віддалені результати. При контрольному огляді через 1 місяць (після санаторного лікування) харчування в повному обсязі, дисфагії немає. Прибавка маси тіла порівняно з вагою при виписці – на 8 кг. Рентгенологічно – пасаж контрасту по стравоходу вільний, ділянка пневмофіброзу у базальних відділах лівої легені.

Висновки:

1. При низьких розривах наддіафрагмального відділу стравоходу на ранніх етапах захворювання перебігає за торакальним, абдомінальним чи "змішаним" клінічним варіантом.
2. За наявності пневмогідротораксу з метою підтвердження розриву стравоходу доцільне аліментарне контрастування аніліновими барвниками, а при від'ємному результаті – рентгеноскопія з водорозчинним контрастом.
3. Ушивання розриву стравоходу за наявності гнійних ускладнень малоефективне, але доцільне для «виграшу часу» з метою обмеження поширення гнійного процесу.
4. Дренування середостіння доцільно проводити м'якими силіконовими дренажами 5-6 мм у діаметрі. Одночасно дренується двома дренажами (5 і 10 мм у діаметрі) плевральна порожнина.
5. Гастростомія необхідна у перші години після розриву стравоходу з роздільним зондуванням шлунку та 12-ти палої кишки, що запобігає виникненню позитивному тиску у шлунку, і створює умови для закриття стравохідної нориці.
6. Використання тканинних адгезивів на основі n-бутилціаноакрілату для ендоскопічної оклюзії стравохідних нориць може значно скоротити терміни їх закриття.

Список використаної літератури:

1. Завгороднев С. В., Корниенко В.И., Пашков В.Г. и др. 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. Зебзеева Н.В., Шурыгина Е.П. Синдром Бурхаве: описание клинического случая // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 37-39;
3. Лаврик А.С., Мовчан Б.Б. Спонтанный разрыв пищевода – синдром Бурхаве (рус.) // Медицинская газета «Здоровье Украины». – Украина, 2010. – № 2. – С. 17.
4. Curci J.J., Horman M.J. Boerhaave's syndrome: The importance of early diagnosis and treatment // Annals of Surgery. – USA: J.B. Lippincott Company, 1976. – Т. 183. – № 4. – С. 401-408.
5. De Schipper J.P., Pull ter Gunne A.F., Oostvogel H.J., van Laarhoven C.J. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm // Digestive Surgery. – Швейцария: Karger A.G., 2009. – Т. 26. – № 1. – С. 1-6.

Особливості діагностики і лікувальної тактики при спонтанному розриві стравоходу.

І. Д. Дужий, С. О. Голубничий, С. М. Кобилецький.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії.

Резюме. Наведено клінічний досвід діагностики та лікування хворих зі спонтанним розривом стравоходу, ускладненого медіастинітом. Домінуючими методами верифікації розриву стравоходу були аліментарне контрастування аніліновими барвниками та рентгеноскопія з водорозчинним контрастом. Доведено доцільність роздільного зондування шлунку та 12-ти палої кишки через гастростому. Застосування ендоскопічної оклюзії стравохідної нориці з використанням тканинного адгезиву на основі п-бутилціаноакрилату дозволило значно скоротити термін її закриття.

Ключові слова: спонтанний розрив стравоходу, медіастиніт, езофагомедіастинальна нориця, тканинний адгезив.

Особенности диагностики и тактики лечения спонтанного разрыва пищевода.

И. Д. Дужий, С. А. Голубничий, С. Н. Кобылецкий

Сумской государственной университет, медицинский институт, кафедра общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии.

Резюме. Описан клинический опыт диагностики и лечения больных со спонтанным разрывом пищевода, осложненного медиастинитом. Ведущими методами подтверждения разрыва пищевода были алиментарное контрастирование анилиновыми красителями и рентгеноскопия с водорастворимым контрастом. Доказано целесообразность отдельного зондирования желудка и 12-перстной кишки через гастростому. Использование эндоскопической окклюзии пищевода свища с использованием тканевых адгезивов на основе п-бутилцианоакрилата позволило существенно сократить сроки его закрытия.

Ключевые слова: спонтанный разрыв пищевода, медиастинит, езофагомедиастиальный свищ, тканевой адгезив.

The features of spontaneous esophagus rupture diagnostics and treatment tactic.

I. D. Duzhyi, S. O. Golubnichy, S. M. Kobyletskyi

Sumy State University. Department of General Surgery, Radiation Medicine and Phthisiology. Sumy. Ukraine.

Summary.

We described clinical experience of spontaneous esophagus rupture treatment and diagnosis. Alimentary contrasting with aniline dyes and X-ray examination with water-soluble contrast were the leading methods for confirming the esophagus rupture. Separate insertion of the gastric tube into the stomach and duodenum through gastrostomy expediency is proved. The use of tissue adhesives based on n-butyl cyanoacrylate for endoscopic occlusion of the esophageal fistula has significantly reduced the time for its closure.

Key words: spontaneous esophagus rupture, mediastenitis, esophagomedistinal fistula, tissue adhesive.

Дужий, І.Д. Особливості діагностики і лікувальної тактики при спонтанному розриві стравоходу [Текст] / І.Д. Дужий, С.О. Голубничий, М.М. Кобилецький // Харківська хірургічна школа. - 2018. - № 1. - С. 147-150.