

Сам пациент болевой синдром связывал с мочекаменной болезнью, которой страдал длительное время.

Приводимое наблюдение представляет клинический интерес в связи с относительной редкостью встречаемости данного инородного тела брюшной полости.

В данном клиническом случае успех лечения был обеспечен правильно выбранной хирургической тактикой.

Литература

1. А.П. Альбицкий. *Инородные тела брюшной полости*. В кн. Изд. Томск. Ун-та. Томск. — 1917. — Т. 67. — С. 1–385.
2. Н.В. Сычиков, Н.Е. Карасев. *Казуистика инородных тел брюшной полости*. Хирургия. — 1992. — Т. 2. — С. 139–140.
3. О.Б. Преображенская, А.Л. Рослов, Т.Б. Легкостаева. *Ультразвуковая диагностика текстильных инородных тел*. Хирургия. — 1992. — Т. 2. — С. 89–94.

4. А.А. Аннаев, И.Н. Нечипоренко, Б.М. Мейданов и соавт. *Три случая инородных тел брюшной полости*. *Здравоохранение Туркменистана*. — 1994. — Т. 3. — С. 45–48.

5. Н.Г. Гатаулин, А.Ф. Власов. *Послеоперационные инородные тела брюшной полости*. *Вестн. хир.* — 1997. — Т. 9. — С. 118–121.

6. А.С. Ермолов, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев, Г.В. Пахомова. *Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии*. Хирургия. — 2007. — Т. 7. — С. 57–59.

7. А.И. Черепанин, А.М. Нечаенко, Е.И. Нечипоренко. *Лапароскопическое удаление инородного тела брюшной полости*. Хирургия. — 2007. — Т. 12. — С. 47–48

Случай успешного лечения спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхава)

В.П. Кочуков

ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Клиническое наблюдение посвящено редкому заболеванию – спонтанному разрыву пищевода (синдром Бурхава). Среди причин синдрома Бурхава может быть чрезмерное употребление газосодержащих жидкостей (в частности, кваса), что имело место в нашем наблюдении. Сложность диагностики обусловлена недостаточной информацией среди врачей-хирургов об этом синдроме. Часто таких больных оперируют, как больных с прободной язвой желудка, что наблюдалось в данном случае. В диагностике использовано контрастное исследование пищевода, в связи с неинформативностью потребовалась эзофагогастроскопия. Хирургическая тактика была правильной и вмешательство своевременным.

Ключевые слова: спонтанный разрыв пищевода, медиастенит, заднее средостение, эзофагогастроскопия, рентгенологическое исследование.

This clinical observation discusses a rare disease – spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave's syndrome). One of the possible reason for developing such pathology may be an excessive drinking of gas-containing liquids (for example, kvass) what took place in our case. Diagnostics of this pathology is not easy because surgeons do not have enough information about this syndrome. Quite often such patients are operated on for perforated ulcer of the stomach, as it took place in our case. Contrast esophagus examination did not give necessary information, so surgeons had to make esophagogastroscopy. This tactics was correct and timely.

Key words: spontaneous rupture of the esophagus, mediastenitis, posterior mediastinum, esophagogastroscopy, X-ray examination.

Адекватная хирургическая тактика – это прежде всего своевременно поставленный правильный диагноз.

Впервые спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава) описал в 1724 г. голландский врач Герман Бурхава (Hermann Boerhaave, 1668–1738).

Синдром Бурхава – это особый вид травмы ранее здорового пищевода в виде разрыва его стенки, который возникает из-за внезапного резкого повышения внутрипищеводного давления. Внезапное забрасывание желудочного содержимого и газов в пищевод при спазме его крикоэзофагеального сфинктера приводит к резкому повышению внутрипищеводного давления, из-за чего происходит разрыв стенки пищевода в наиболее слабом его отделе, который расположен непосредственно над диафрагмой.

Заболевание встречается относительно редко – 2–3% от всех случаев повреждения пищевода.

В мировой литературе к 1998 г. описано немногим более 300 наблюдений спонтанного разрыва пищевода.

Самым большим опытом диагностики и лечения повреждений пищевода в нашей стране располагает Московский НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Среди 850 больных с проникающими повреждениями пищевода у 53 (6,2%) авторы выявили спонтанные и гидравлические разрывы. Из 30 больных с разрывом пищевода у 3 констатирован спонтанный разрыв.

Своевременная диагностика данного синдрома представляет большие трудности ввиду редкости, разнообразия клинической картины и неосведомленности большинства врачей.

Предполагают, что к спонтанному разрыву пищевода чаще всего приводят следующие причины: интенсивная рвота после обильного приема пищи, алкоголя, поднятие тяжестей, однако в ряде случаев связать

спонтанный разрыв пищевода с каким-либо известным фактором не удается. Способствовать резкому повышению внутрипищеводного давления может сознательное желание предостеречь рвоту в «неудобном» месте, например за столом на банкете, отсюда и название «банкетный пищевод».

Классическая клиническая картина синдрома Бурхава представлена триадой Маклера – рвота, подкожная эмфизема в шейно-грудной области, сильная боль в грудной клетке.

Кроме того, у большинства больных могут быть одышка, явления шока, боли в животе, чаще в эпигастриальной области, отсюда часто этих больных оперируют с подозрением на прободную язву желудка.

В первые часы с момента заболевания преобладает болевая симптоматика, позднее на первый план выступают признаки гнойной интоксикации, медиастинита, плеврита.

В диагностике, кроме общеклинических методов исследования, обязательно проводят обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полостей, контрастное исследование пищевода с водорастворимым контрастным препаратом, эзофагоскопию, компьютерную томографию.

Основным методом лечения является хирургический – ушивание поврежденного участка пищевода, укрепление швов прядью большого сальника, стенкой проксимального отдела желудка, а также активное дренирование средостения и плевральных полостей. Для разгрузки пищевода и энтерального питания накладывают гастро- или еюностому, считают, что гастростомы целесообразны у больных с сохраняющейся открытой раной пищевода и при неуверенности в надежности наложенных швов, а в остальных случаях она может быть заменена трансназальным дренажем.

Послеоперационная летальность колеблется от 25 до 85%.

Мы располагаем опытом успешного лечения спонтанного разрыва пищевода, с которым мы столкнулись впервые за 25 лет хирургической практики.

Цель сообщения – привлечь внимание хирургов к особенностям ранней диагностики, своевременности и адекватности хирургического лечения при спонтанном разрыве пищевода.

Б о л ь н о й И., 49 лет, поступил в хирургическое отделение центральной районной больницы 14.03.03, через 2 ч с момента заболевания, после обильного приема кваса с выраженным болевым синдромом в животе. При поступлении клиническая картина прободной язвы желудка, больному выполнена лапаротомия, признаков прободной язвы желудка не выявлено. Состояние больного в раннем послеоперационном периоде оставалось тяжелым, появились признаки двустороннего пневмоторакса, подтвержденного при рентгенологическом исследовании, выполнено дренирование плевральных полостей с обеих сторон. В связи с тяжестью состояния больного и подозрением на спонтанный разрыв пищевода (после консультации со специалистами областной больницы), на 2-е сутки для дальнейшего лечения больной переведен в торакальное отделение областной клинической больницы.

При поступлении состояние больного тяжелое, жалобы на сильные боли за грудиной, слабость, повыше-

ние температуры тела до 38° С. Пульс – 102 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. По дренажам из плевральных полостей стекает мутная жидкость. Больному в экстренном порядке выполнена рентгеноскопия пищевода с урографинном в объеме 60 мл, при этом затека контрастного препарата не обнаружено. С целью исключения спонтанного разрыва пищевода больному выполнена эзофагогастроскопия, при этом на расстоянии 40 см от резцов обнаружен дефект в нижней трети пищевода овальной формы, 20 • 22 • 12 мм с рваными краями и грязно-серым налетом. Аппарат гастроскопа провалился в полость, содержимым которой являлись пищевые массы. Заключение после проведения эзофагогастроскопии – спонтанный разрыв пищевода, медиастинит. С учетом клинических данных и результатов эзофагогастроскопии больному поставлен диагноз – спонтанный разрыв пищевода, медиастинит, состояние после диагностической лапаротомии, двусторонний пневмоторакс, состояние после дренирования плевральных полостей с обеих сторон.

После предоперационной подготовки 14.03.03 (22.30–00.30) больному в экстренном порядке выполнены релапаротомия, ушивание разрыва нижней трети пищевода, фундопликация по Ниссену–Розетти, трансхиатальное дренирование заднего средостения, гастростомия, дренирование брюшной полости, введен назогастральный зонд.

В послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения проводились антибактериальная комплексная терапия, параэнтеральное и энтеральное питание, активная аспирация из плевральных полостей. 15.03.03 выполнена рентгенография органов грудной клетки, при этом отмечены расширение средостения, жидкость в правой плевральной полости, увеличение зон инфильтрации в среднем и нижнем легочном поле, уплотнение корней легких

На 5-е сутки удален назогастральный зонд, на 7-е сутки после контрольного рентгенологического исследования плевральных полостей удалены дренажи из плевральных полостей. На 22-е сутки при отсутствии отделяемого из заднего средостения дренаж удален.

При контрольной эзофагогастроскопии на 23-и сутки на правой стенке нижней трети пищевода обнаружен линейный рубец до 2 см с ровными краями.

09.04.03 больной в удовлетворительном состоянии переведен в хирургическое отделение центральной районной больницы для реабилитации. Необходимо отметить, что нормализация температуры наступила только на 12-е сутки после повторной операции, до этого момента у больного отмечена фебрильная температура. При определении микрофлоры из средостения обнаружена *Ps. aeruginosa*, с обильным ростом, чувствительная к амикацину, офлоксацину.

Таким образом, успех лечения больного со спонтанным разрывом пищевода был обеспечен правильно выбранной хирургической тактикой и грамотным выполнением хирургического вмешательства.

Литература

1. Хубутя Б.И., Цанова Д.Д. *Хирургические доступы к пищеводу. Пособие для врачей. Рязань. – 1976. – 199 с.*
2. Комаров Б.Д., Канишин Н.Н., Абакумов М.М. *Повреждения пищевода. М. – 1981. – С. 26.*

3. Тамулевичюте Д.И., Витенас А.М. *Болезни пищевода и кардии*. Москва. Медицина. — 1986. — 223 с.

4. Шипулин П.П., Байдан В.И. *Изолированный разрыв пищевода при закрытой травме груди*. Хирургия. — 2. 1992. — С. 142–143.

5. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. *Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение*. Москва. «Триада-Х». — 2000. — 178 с.

6. *Повреждения пищевода и трахеи и их осложнения*. Департамент здравоохранения Москвы. Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Материалы городского семинара Москва — 2009г.

Редкие случаи кровотечения из тонкой кишки

М.Н. Петрук, С.П. Нешитов

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Авторы приводят статистические сведения о количестве наблюдений тонкокишечных кровотечений среди всех случаев кровотечений из желудочно-кишечного тракта. При этом важным диагностическим приемом явилось использование мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием, которая позволила визуализировать новообразования тонкой кишки. Приведены сведения о гистологической структуре опухолей, явившихся источниками кровотечения.

Ключевые слова: кровотечения из тонкой кишки, мультиспиральная компьютерная томография, опухоли тонкой кишки.

The authors present statistical data on incidence of bleedings in the small intestine in the structure of all gastrointestinal bleedings. An important diagnostic tool in this pathology is multispiral computerized tomography with intravenous contrasting what allows visualizing new masses in the small intestine. Histological structure of the tumors which became a source of bleeding is described as well.

Key words: bleedings in the small intestine, multispiral computerized tomography, neoplasms in the small intestine.

В структуре желудочно-кишечных кровотечений кровотечения из тонкой кишки встречаются редко и, по данным российских хирургов, составляют всего 0,27% [1]. Их основной причиной являются опухоли тонкой кишки, как злокачественные, так и доброкачественные. В иностранной литературе приводятся описания единичных случаев и статистики по частоте встречаемости не приводится.

В связи с редкостью данного патологического состояния алгоритм диагностики в настоящее время вариативен. Большинство авторов сходятся во мнении, что на первом этапе необходимо исключить кровотечение из желудка и двенадцатиперстной кишки, затем исключают источники в толстой кишке. Для постановки окончательного диагноза предлагают несколько методов. Во-первых рентгенологический метод распознавания опухолей тонкой кишки, осложненных кровотечением [1], когда контрастирующую массу вводят через зонд в начальный отдел тощей кишки. Чем выше располагается опухоль тонкой кишки, тем чаще она обнаруживается таким способом. Другой способ — ангиография, которую предлагают для диагностики зарубежные авторы [3].

За период с 2008 по 2010 г. в стационар было госпитализировано 482 пациента с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение». По нашим данным, у 2 пациентов источник кровотечения был выявлен в тонкой кишке.

П а ц и е н т к а Л., 1942 года рождения, поступила в неврологическое отделение больницы. На 3-и сутки пребывания в стационаре у пациентки развилась клиническая картина кишечного кровотечения (слабость, головокружение, однократный дегтеобразный стул), падение уровня гемоглобина с 87 до 69 г/л. Переведена

в отделение реанимации, где продолжено лечение и выполнен комплекс диагностических процедур. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) источник не найден, при колоноскопии источник кровотечения не выявлен, признаков продолжающегося кровотечения нет. При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастированием в тощей кишке обнаружено экзофитное объемное образование с бугристыми контурами размером 22 • 31 мм. После предоперационной подготовки оперирована. На операции: на расстоянии 60 см от связки Трейтца по противобрыжечному краю тощей кишки округлое опухолевидное образование до 2 см в диаметре с бугристыми контурами, лимфатические узлы не изменены. Выполнена резекция тонкой кишки с опухолью, анастомоз «бок в бок». При гистологическом исследовании опухоль имеет строение лейомиомы, исходящей из мышечного слоя стенки кишки, вне опухоли стенка кишки обычного строения. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты 11-е сутки, на 14-е сутки после операции пациентка была переведена в Центр реабилитации. За время дальнейшего наблюдения состояние без ухудшений, на фоне проводимой терапии уровень гемоглобина восстановлен до 112 г/л.

П а ц и е н т М., 1971 года рождения, поступил в отделение с клинической картиной кишечного кровотечения. При поступлении общее состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная: АД 130/80 мм рт.ст., пульс 78 в минуту. Было начато обследование и лечение, в ходе которого при ЭГДС и колоноскопии источников кровотечения также не выявлено. Следующим этапом больному была выполнена МСКТ с внутривенным контрастированием, при которой установлен диагноз опу-