

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ CASE REPORT

<https://doi.org/10.17816/mechnikov201911393-95>

МНОГОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ СО СПОНТАННЫМ РАЗРЫВОМ ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

А.Е. Демко, Г.И. Синенченко, В.И. Кулагин, В.И. Иванов, А.И. Бабич

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

Для цитирования: Демко А.Е., Синенченко Г.И., Кулагин В.И., и др. Многоэтапное лечение пациентки со спонтанным разрывом пищевода в условиях многопрофильного стационара // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2019. – Т. 11. – № 3. – С. 93–95. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911393-95>

Поступила: 29.04.2019

Одобрена: 27.08.2019

Принята: 09.09.2019

♦ В статье представлен клинический случай многоэтапного лечения пациентки пожилого возраста со спонтанным разрывом пищевода в условиях многопрофильного стационара. Выключение пищевода из пищеварения на первом этапе лечения с применением минимально инвазивных технологий (эндоскопия, лапароскопия, дренирование плевральной полости) позволило минимизировать хирургическую травму и создать условия для восстановления пациентки, купирования медиастинита, сепсиса, а впоследствии восстановить естественный пассаж пищи по пищеварительной трубке во время второго этапа лечения. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует целесообразность применения многоэтапного подхода с использованием минимально инвазивных технологий в лечении возрастных больных со спонтанным разрывом пищевода и тяжелым сепсисом.

♦ **Ключевые слова:** синдром Бурхаве; спонтанный разрыв пищевода; Питсбургская шкала; многоэтапное лечение.

MULTISTAGE TREATMENT OF A PATIENT WITH SPONTANEOUS RUPTURE OF THE ESOPHAGUS IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL SETTING

A.E. Demko, G.I. Sinenchenko, V.I. Kulagin, V.I. Ivanov, A.I. Babich

Saint Petersburg Dzhanelidze Research Institute of Emergency Care, Saint Petersburg, Russia

For citation: Demko AE, Sinenchenko GI, Kulagin VI, et al. Multistage treatment of a patient with spontaneous rupture of the esophagus in a multidisciplinary hospital setting. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2019;11(3):93-95. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911393-95>

Received: April 29, 2019

Revised: August 27, 2019

Accepted: September 9, 2019

♦ The article presents a clinical case of 2-stage treatment of an elderly patient with spontaneous rupture of the esophagus. Exclusion the esophagus in the first stage of treatment with the use of minimally invasive technologies (endoscopy, laparoscopy, drainage of the pleural cavity) allowed to minimize surgical trauma and create conditions for the recovery of the patient, relief of mediastinitis, sepsis and restore the natural passage of food through the digestive tube during the second stage of treatment. The presented clinical case demonstrates the feasibility of the multistage approach using minimally invasive technology in the treatment of elderly patients with spontaneous rupture of the esophagus and severe sepsis.

♦ **Keywords:** Burhave syndrome; spontaneous esophageal rupture; Pittsburgh scale; multistage treatment.

Введение

Спонтанный разрыв пищевода — редкое заболевание, лечение которого сопряжено с высоким числом осложнений. Смертность при дан-

ном состоянии достигает 75 % [1, 2]. Наиболее часто разрыв локализуется в нижней трети пищевода по его левой стенке [4]. Клинические

проявления данного заболевания неспецифичны, диагностика часто затягивается (более 12 ч) [3]. Кроме того, в настоящее время нет единых подходов к ведению данных пациентов с учетом возраста, времени, которое прошло от момента разрыва пищевода, степени выраженности системной воспалительной реакции [2, 3]. Приводим клиническое наблюдение многоэтапного успешного лечения возрастной пациентки со спонтанным разрывом правой стенки пищевода в его средней трети.

Описание клинического случая

Пациентка К., 76 лет, поступила в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в экстренном порядке 19.09.2017 с жалобами на резкие боли за грудиной. Из анамнеза известно, что за 24 ч до обращения в стационар, через 30 мин после обильного приема пищи, появилась обильная рвота, которая сопровождалась резкой болью за грудиной. Рвота облегчения не принесла. За прошедшие сутки увеличилась слабость, появилась одышка. При поступлении состояние пациентки тяжелое: ЧСС — 110 в минуту, АД — 120/80 мм рт. ст., одышка — 24–26 в минуту, лейкоцитоз $12 \cdot 10^9/\text{л}$. На обзорной рентгенограмме органов груди — двусторонний плевральный выпот, больше справа, эмфизема шеи и медиастинальная эмфизема. Заподозрен разрыв пищевода. Выполнено дренирование правой плевральной полости (через 2 ч после поступления), получено желудочное содержимое. Пункция левой плевральной полости — серозно-геморрагический выпот. Выполнена эзофагоскопия, при которой выявлено, что на 27 см от передних резцов, по правой боковой стенке, определяется проксимальный край дефекта стенки пищевода. Длина дефекта стенки пищевода — 5 см, диастаз краев — 1–2 см. Дно дефекта представлено некротическими тканями с наложениями фибрина. Во время эзофагоскопии отмечен сброс воздуха по дренажу, установленному в правой плевральной полости. Диагноз: «Спонтанный разрыв пищевода в средней трети от 18.09.2017. Гнойный медиастинит. Эмпиема плевры справа. Левосторонний плеврит. Тяжелый сепсис». Произведена оценка тяжести перфорации пищевода по Питсбургской шкале [3]. С учетом возраста старше 75 лет, позднего обращения (более 24 ч с момента перфорации), развития системной воспалительной реакции пациентка отнесена к группе неблагоприятного прогноза. Поскольку возможность перенести полостное

оперативное вмешательство в этом случае была невелика, выполнено эндоскопическое ушивание дефекта пищевода пластиковыми клипсами Olympus и клип-аппликатором Endostars. За связку Трейца заведен назоеюнальный зонд для энтерального питания, в желудок с целью декомпрессии установлен назогастральный зонд.

Продолжена интенсивная терапия в условиях хирургической реанимации. За 5 суток состояние пациентки стабилизировалось, однако 25.09.2017 по дренажу из плевральной полости стало поступать желудочное содержимое. Выполнена контрольная эзофагоскопия, при которой выявлен дефект пищевода прежнего размера. С учетом стабилизации состояния пациентки принято решение выключить пищевод из пищеварения. 25.09.2017 проведена цервикотомия слева, сформирована боковая эзофагостома, заднее средостение дренировано. Осуществлены лапароскопия, перевязка абдоминального отдела пищевода, сформирована питательная еюностома. В послеоперационном периоде дополнительные оперативные вмешательства не потребовались. Явления сепсиса, медиастинита и эмпиемы плевры регрессировали. Пациентка выписана на амбулаторное лечение 08.11.2017. Госпитализирована повторно 09.12.2017. С целью восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта и профилактики алиментарного истощения (самостоятельно пациентка не соблюдала рекомендации по питанию в энтеростоме) 14.12.2017 выполнена операция: субтотальная резекция пищевода по Денке – Турнеру с предгрудинной пластикой по Киршнеру – Накаяме. Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. Пациентка наблюдается 1 год, признаки стриктуры пищеводно-желудочного анастомоза отсутствуют.

Выводы

1. Для выбора варианта лечения пациентов с разрывами пищевода целесообразно пользоваться объективными шкалами, например Питсбургской шкалой оценки тяжести разрыва пищевода.
2. У пациентов высокой группы риска по развитию сепсиса следует выполнять многоэтапное лечение, для того чтобы минимизировать хирургическую травму на первом этапе лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, et al. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.* 2004;77(4):1475-1483. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2003.08.037>.
2. Schmidt SC, Strauch S, Rösch T, et al. Management of esophageal perforations. *Surg Endosc.* 2010;24(11):2809-2813. <https://doi.org/10.1007/s00464-010-1054-6>.
3. Schweigert M, Sousa HS, Solymosi N, et al. Spotlight on esophageal perforation: a multinational study using the Pittsburgh esophageal perforation severity scoring system. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2016;151(4):1002-1009. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2015.11.055>.
4. Vallböhmer D, Hölscher AH, Hölscher M, et al. Options in the management of esophageal perforation: analysis over a 12-year period. *Dis Esophagus.* 2010;23(3):185-190. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2009.01017.x>.

◆ Адрес автора для переписки (*Information about the author*)

Александр Игоревич Бабич / *Aleksandr Babich*

Тел. / Tel.: +7(911)0230169

E-mail: babichmed@mail.ru