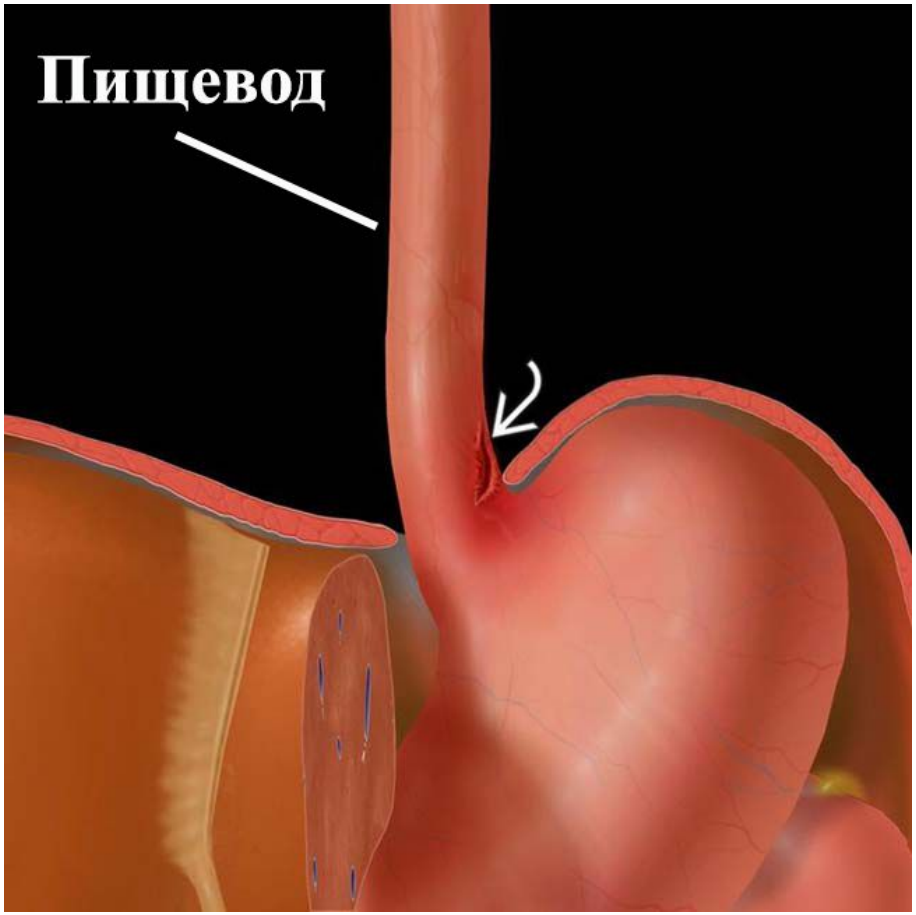
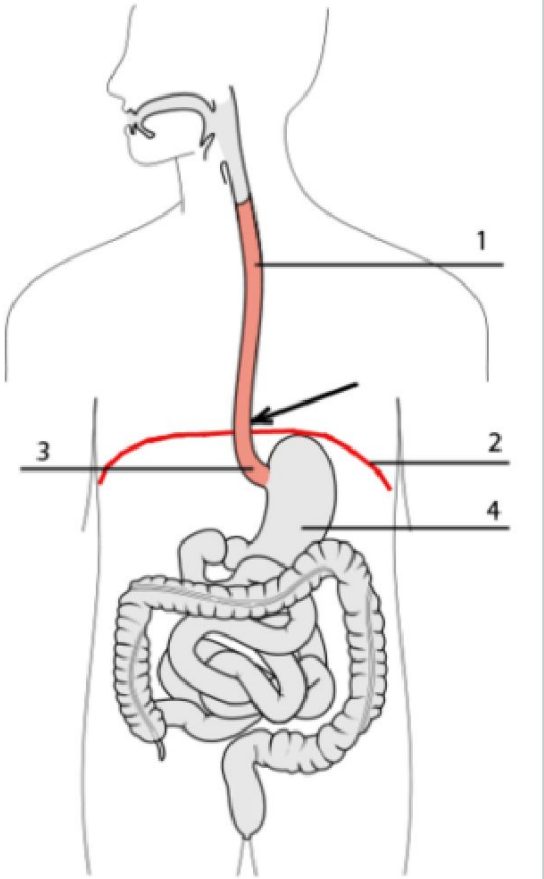
Бушуев Д.А.506 гр

Синдром Бурахве (спонтанный разрыв пищевода)



Спонтанный нетравматический разрыв пищевода был впервые описан как комплекс симптомов в 1724 г. голландским врачом H.Boerhaave и в последующем назван его именем

Синдром Бурхаве (СБ) является формой барогенного повреждения пищевода, вызванного быстрым повышением внутрипросветного давления в его дистальном отделе



Типичная локализация разрыва пищевода при синдроме Бурхаве (отмечена стрелкой) — левая стенка нижнегрудного отдела пищевода непосредственно над диафрагмой. Обозначения: 1 — грудной отдел пищевода, 2 — диафрагма, 3 — абдоминальный (брюшной) отдел пищевода, 4 — желудок

Эпидемиология

Механизм и характер повреждения

Классическим клиническим проявлением СБ является триада Маклера:

- Рвота съеденной пищей
- подкожная эмфиземав шейно-грудной области вследствие скопления воздуха в подкожной жировой клетчатке
- Сильная режущая боль в нижней части грудной клетки

Тем не менее, ранняя диагностика часто вызывает у клиницистов затруднения, в связи с универсальностью клинических проявлений и необходимостью проведения дифференциальной диагностики

В большинстве случаев синдром проявляется одышкой, явлениями шока (бледность, иногда цианоз, расширение зрачков, слабый пульс, профузный пот, похолодание конечностей, жажда, ощущение страха), абдоминальным болевым синдромом, чаще в эпигастрии. В первые часы после перфорации доминирует болевая симптоматика

- Торакальный (обусловлен перфорацией грудного отдела пищевода, клинически проявляется пневмотораксом, пневмомедиастинумом, а позднее – гнойным медиастинитом и эмпиемой плевры).
- Абдоминальный (обусловлен разрывом брюшного отдела пищевода, имеет клиническую картину перитонита).

Диагностика

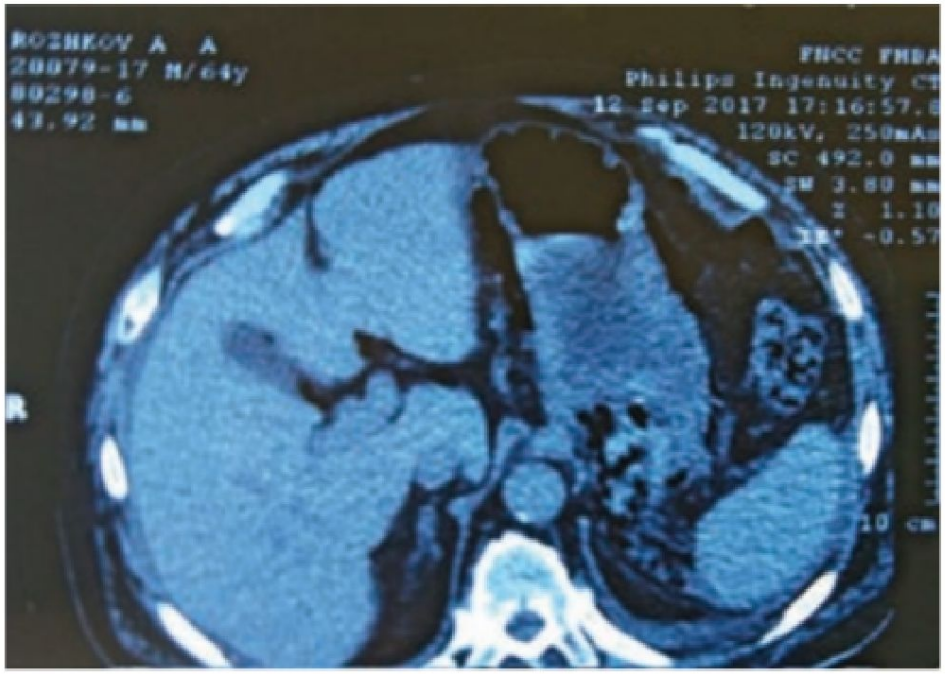


Рис. 1. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием пациента Р. Свободный газ в брюшной полости, инфильтративные изменения в области кардиофундального отдела желудка.

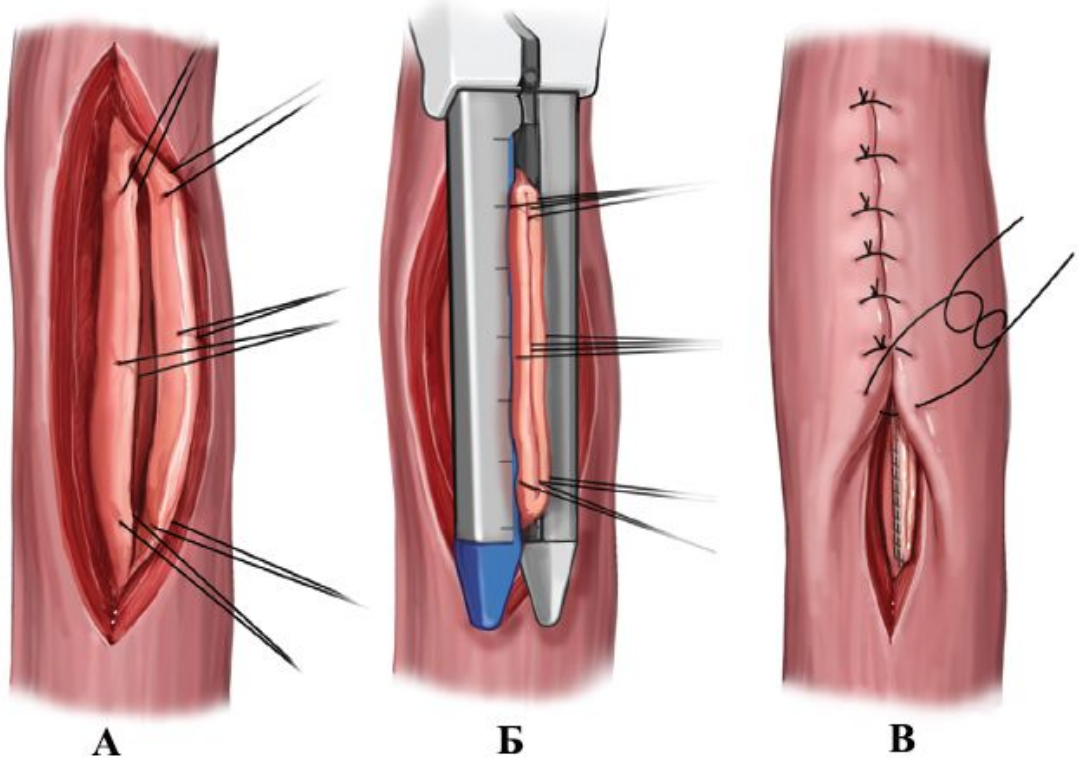
Рис. 2. Эндофото пациента Р. Эндоскопическая картина разрыва переднебоковой стенки нижней трети пищевода слева.

А.

Б.

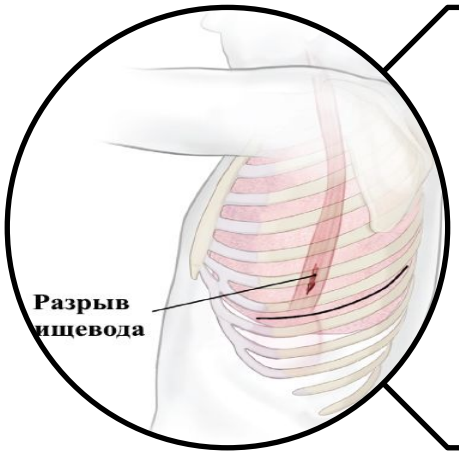
Рис. 1. А – гидропневмоторакс слева; Б – КТ с пероральным контрастированием: контраст за пределами пищевода.

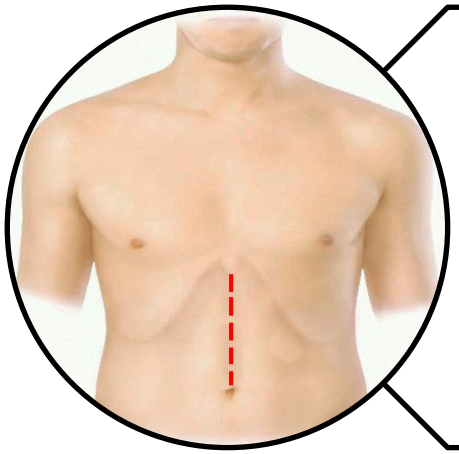
Основным методом лечения при синдроме Бурхаве является оперативное вмешательство, задачами которого являются вскрытие и дренирование зон повреждения, вмешательство на пищеводе (ушивание дефекта пищевода с герметизацией линии швов, резекция пищевода), обеспечение энтерального питания, выключение пищевода.



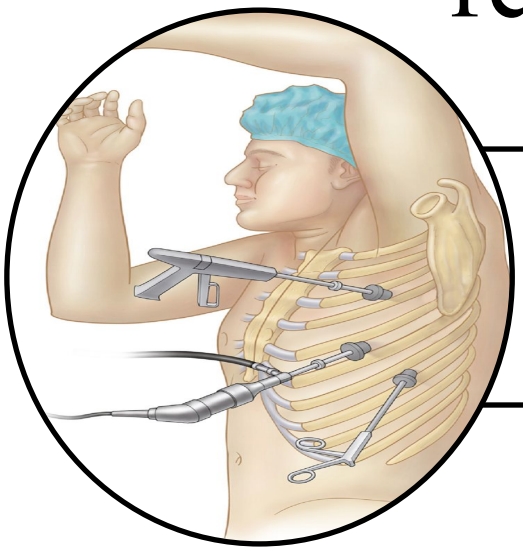
Объём и вид хирургического лечения определяется с учётом характера изменений стенок пищевода и наличия патологии других отделов желудочно-кишечного тракта, тяжести состояния больного и других сопутствующих заболеваний. Лучшие результаты достигаются при условии ранней диагностики синдрома Бурхаве и проведения адекватного хирургического лечения в течение первых 12 часов после возникновения разрыва. При отсутствии лечения смертность близка к 100%.

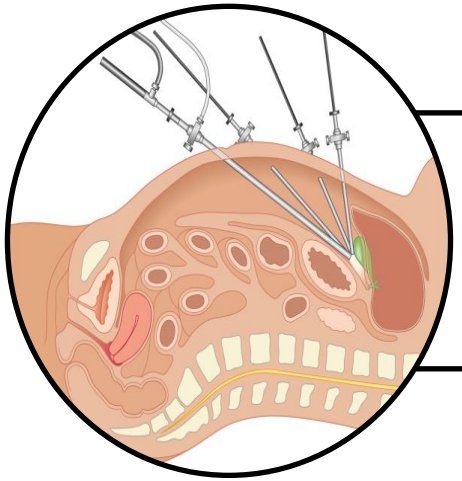
Данные оперативные вмешательства выполняются преимущественно традиционными открытыми доступами

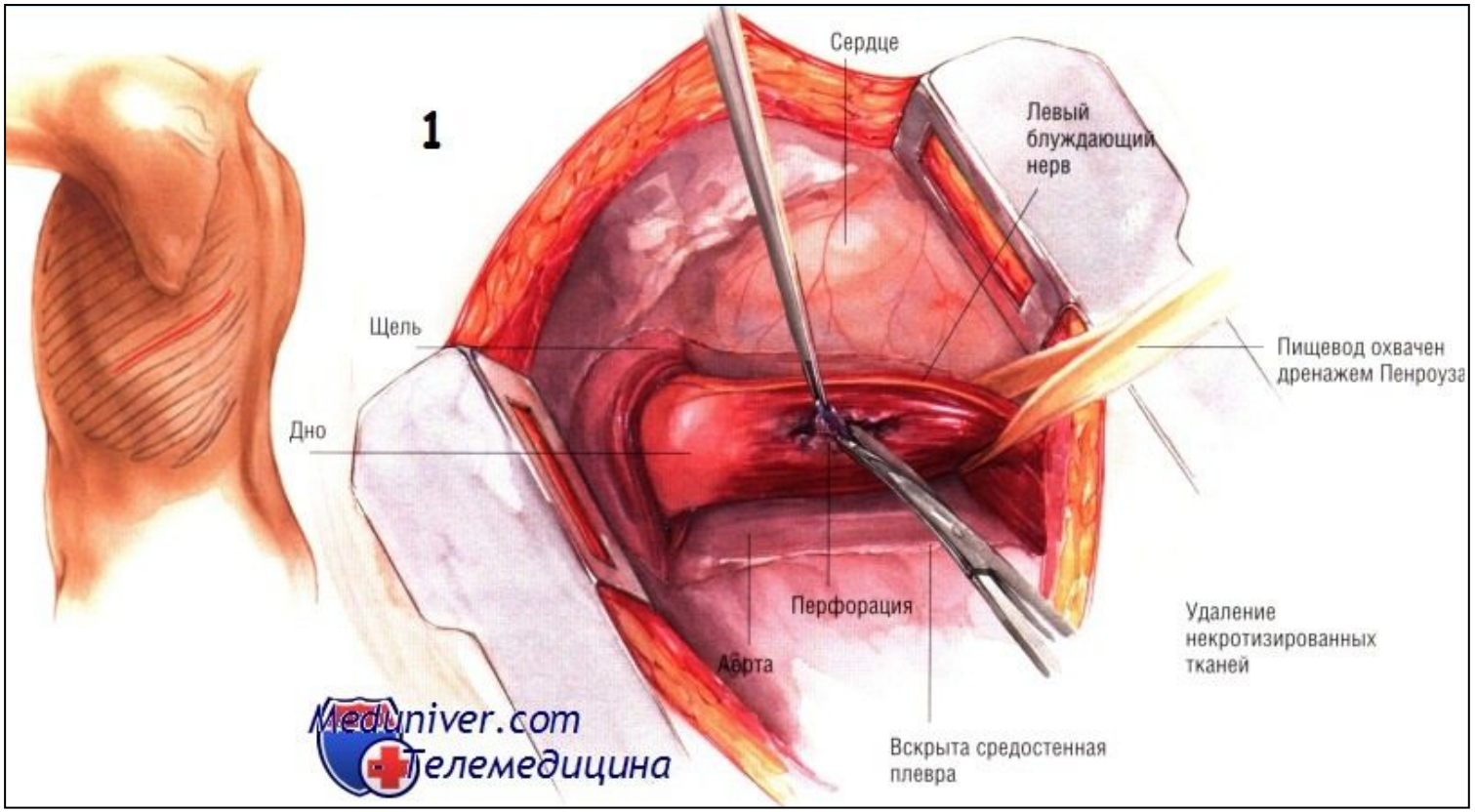




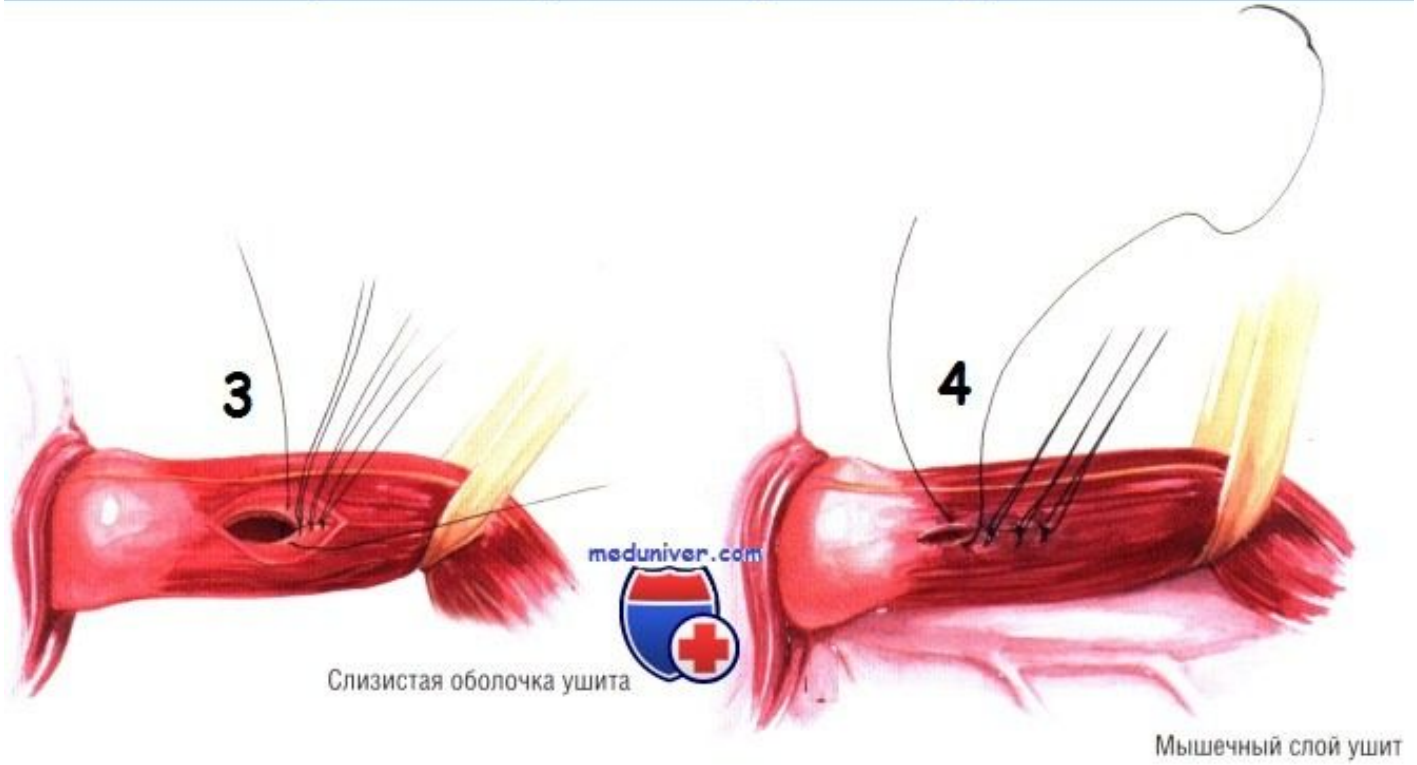
в некоторых случаях возможно применение миниинвазивных технологий



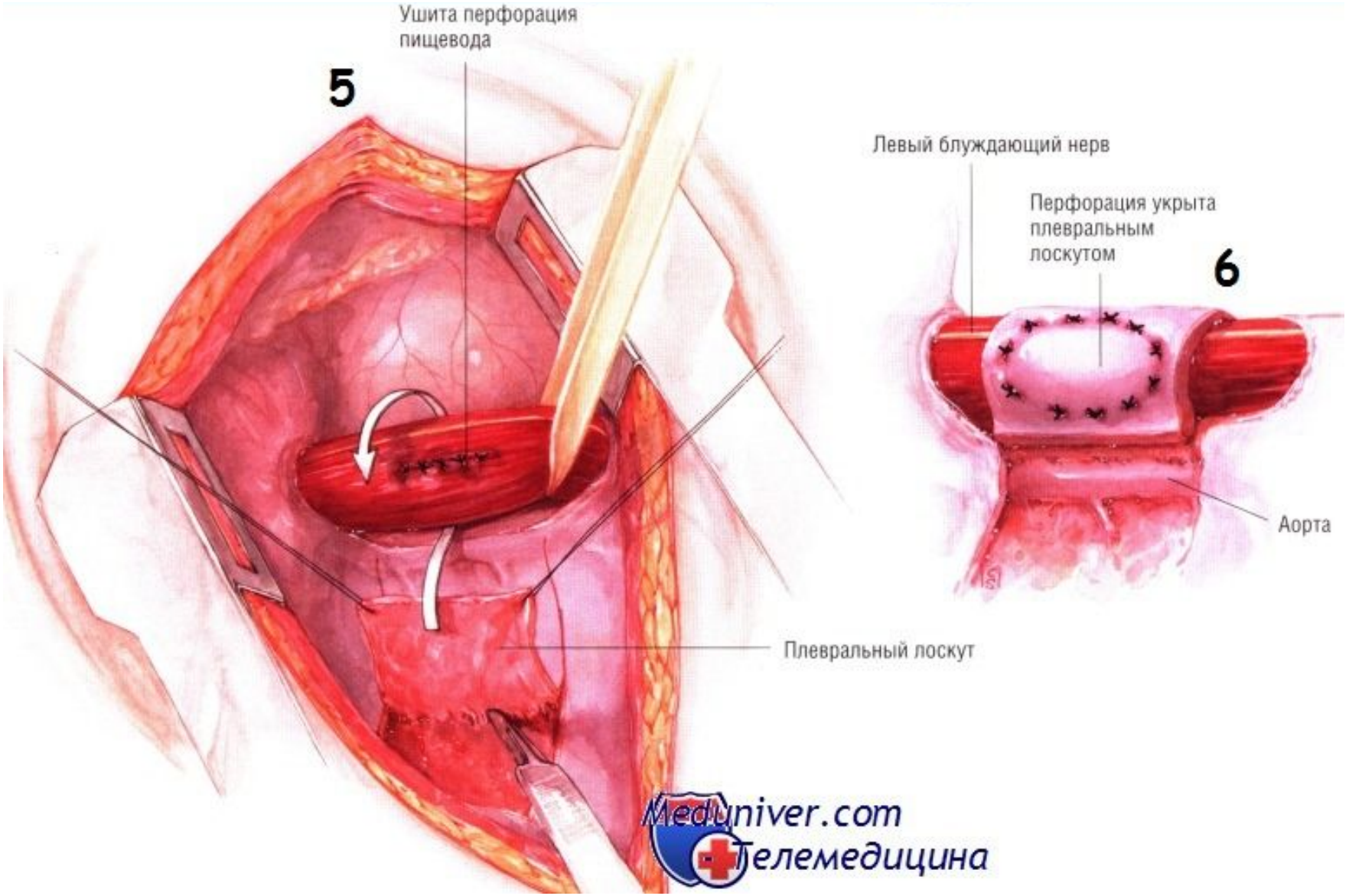




Плевру средостения широко раскрывают, мобилизуют пищевод и обводят его дренажем Пенроуза. Обычно перфорация бывает расположена на 2-3 см выше соединения пищевода и желудка на левой боковой стенке пищевода. Все некротические и нежизнеспособные ткани удаляют, находят края здоровой слизистой оболочки и мышечного слоя. Перфорацию ушивают в два слоя: слизистую оболочку сшивают синтетической рассасывающейся нитью № 3/0, после чего закрывают мышечный слой шёлком № 3/0. Конечно же, следует быть осторожным и не сузить просвет пищевода



Швы на пищеводе укрепляют лоскутом из париетальной плевры, стараясь защитить место пластики пищевода, поскольку синдром Бурхаве — угрожающее жизни состояние с высокой летальностью в случае несостоятельности швов пищевода и формирования пищеводно-плеврального свища. Выделяют плевральный лоскут длиной, достаточной для обёртывания пищевода по всей окружности



Meduniver.com
Телемедицина

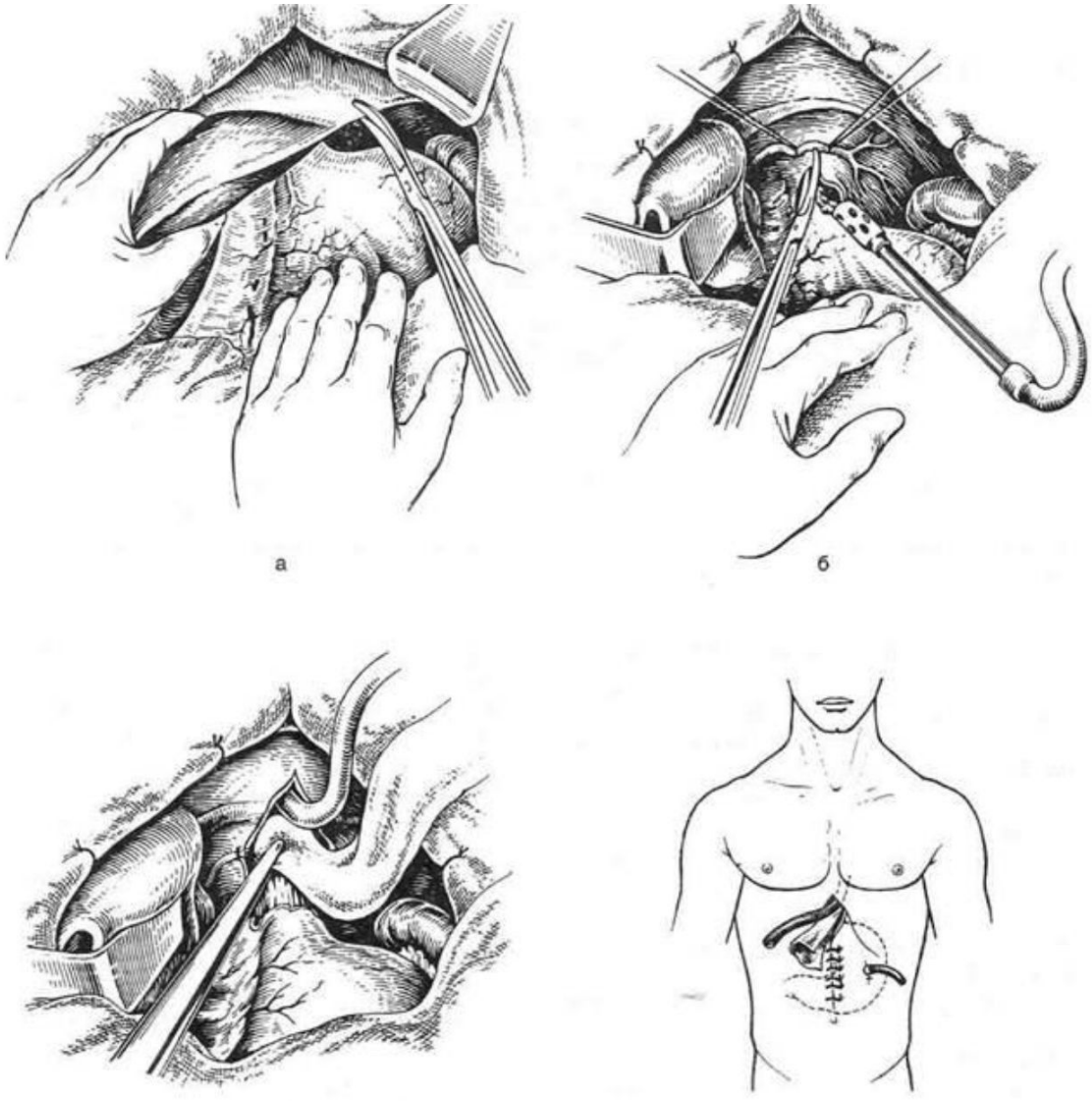


Рисунок 2 - Доступ по Савиных-Розанову
а— мобилизация левой доли печени, б — диафрагмотомия, в — дренирование полости гнойника, г — схема операции.

В послеоперационном периоде проводится активное дренирование средостения и плевральных полостей. С целью разгрузки пищевода и осуществления энтерального питания накладывается гастростома, через просвет которой проводится зонд в тонкую кишку для обеспечения энтерального питания

Спасибо за внимание