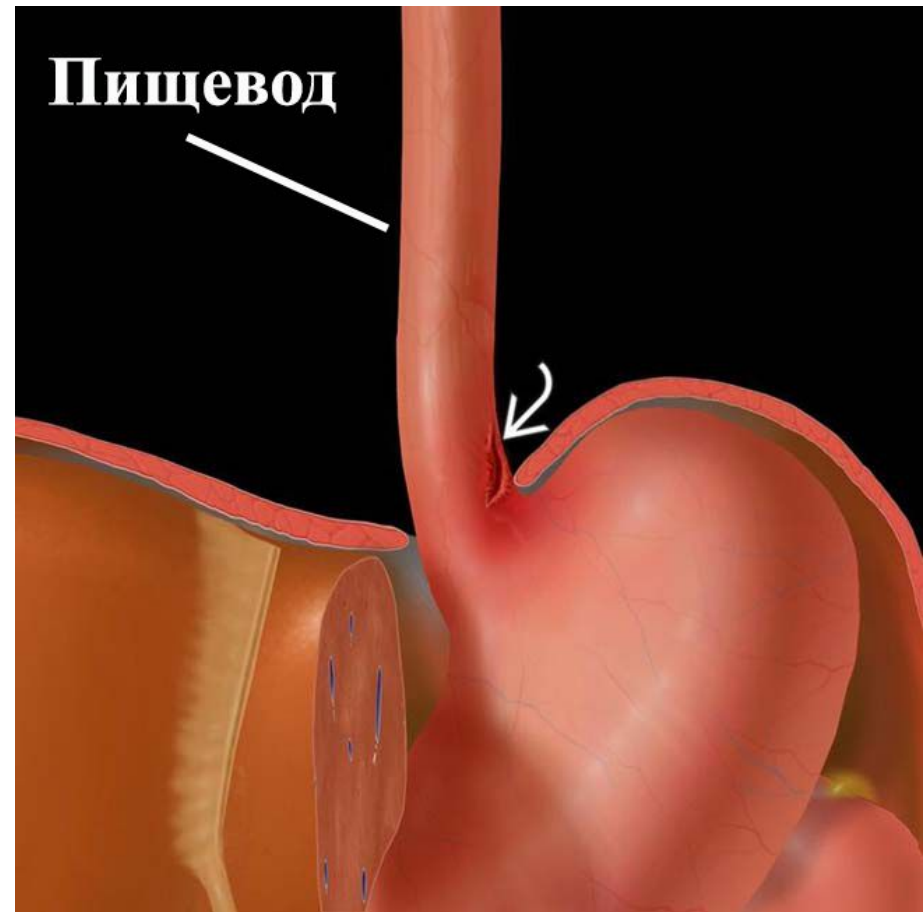


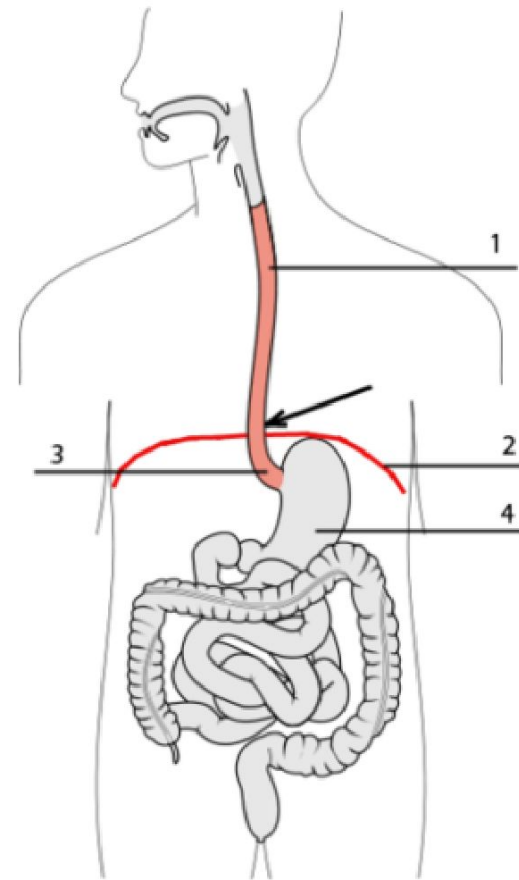


Бушуев Д.А.506 гр

Синдром Бурахве (спонтанный разрыв пищевода)

Спонтанный нетравматический разрыв пищевода был впервые описан как комплекс симптомов в 1724 г. голландским врачом Н.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

An empty rounded rectangular box with a black border, intended for text input.An empty rounded rectangular box with a black border, intended for text input.

Механизм и характер повреждения

The image contains four empty, rounded rectangular boxes stacked vertically, intended for taking notes or providing additional information related to the title above.

Классическим клиническим проявлением СБ является триада Маклера:

- Рвота съеденной пищей
- подкожная эмфизема в 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).

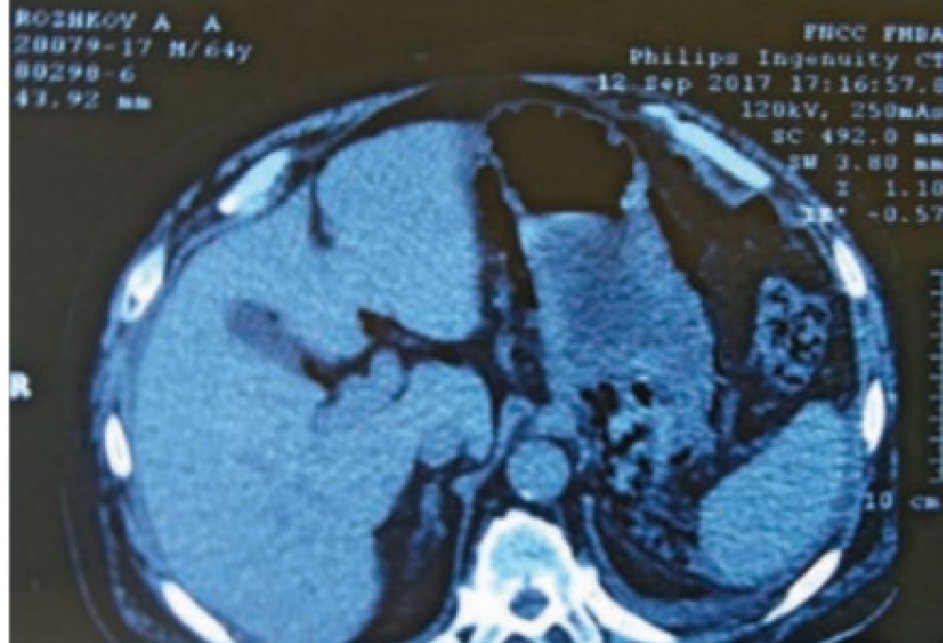


Рис. 1. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием пациента Р. Свободный газ в брюшной полости, инфильтративные изменения в области кардиофундального отдела желудка.

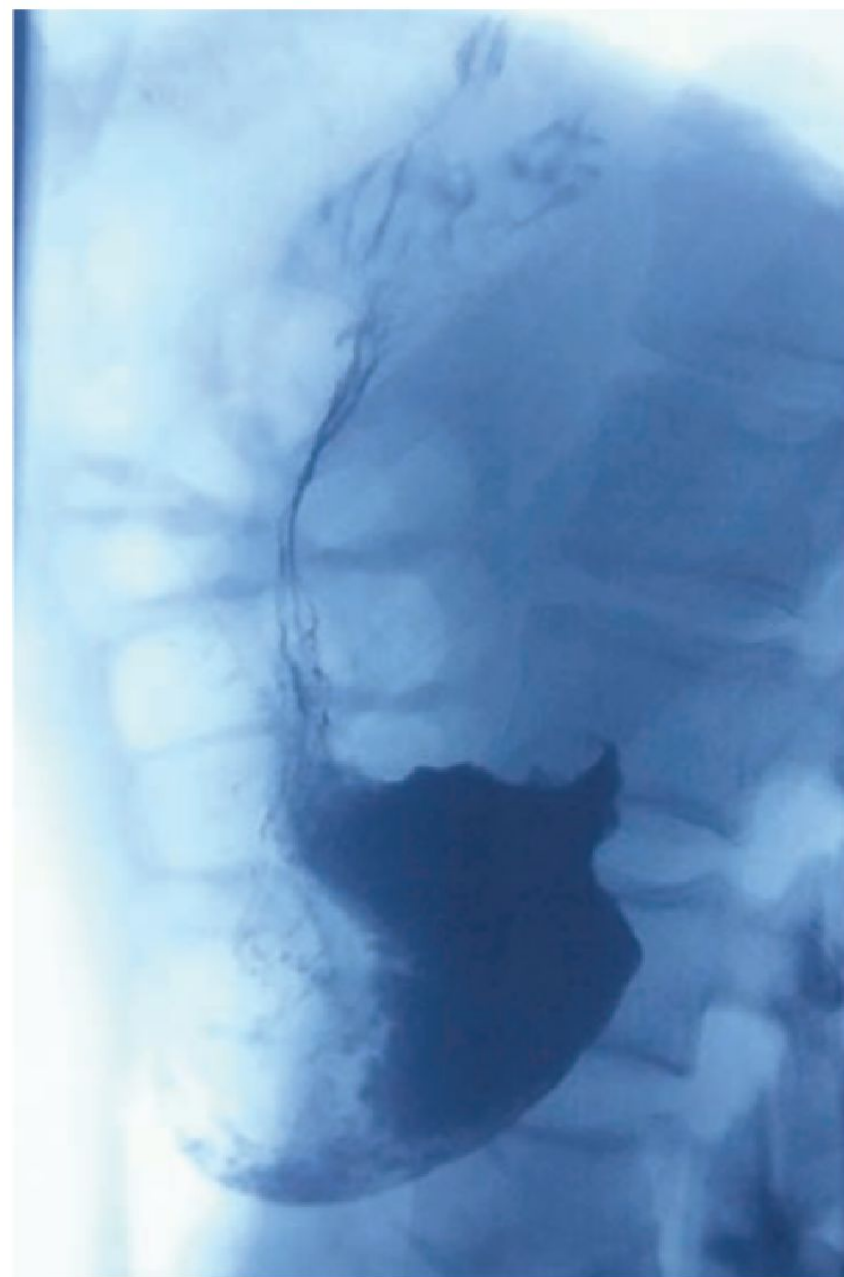


Рис. 2. Эндофото пациента Р. Эндоскопическая картина разрыва переднебоковой стенки нижней трети пищевода слева.



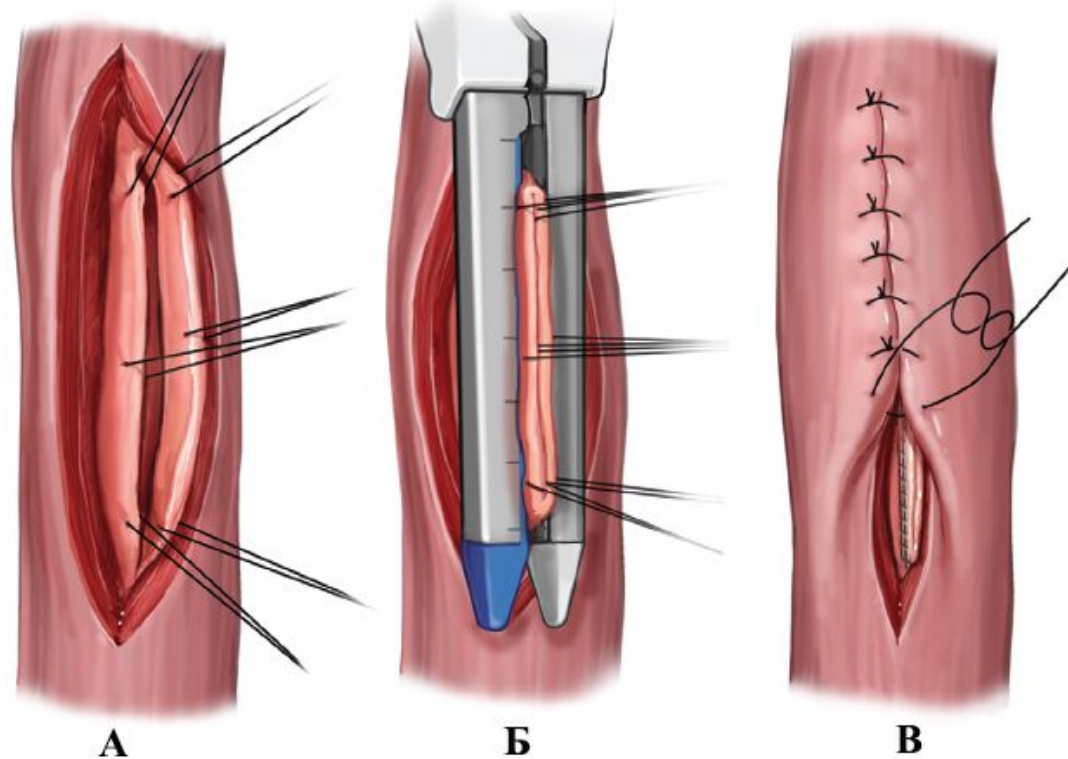
А.



Б.

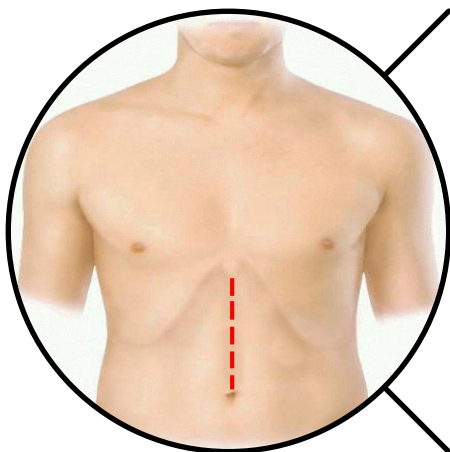
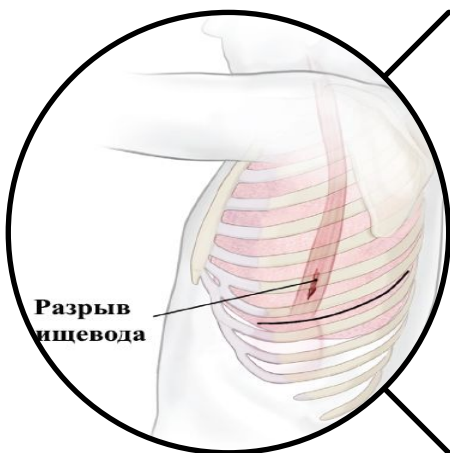
Рис. 1. А – гидропневмоторакс слева; Б – КТ с пероральным контрастированием: контраст за пределами пищевода.

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.

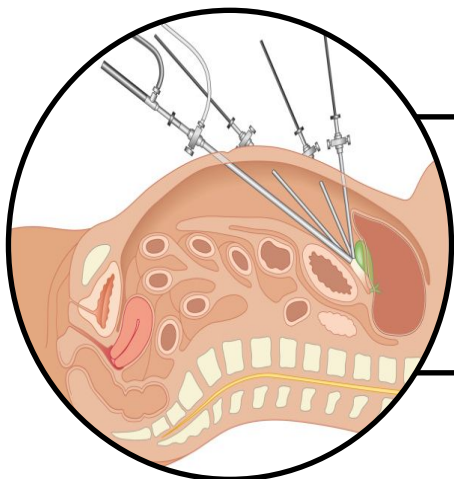
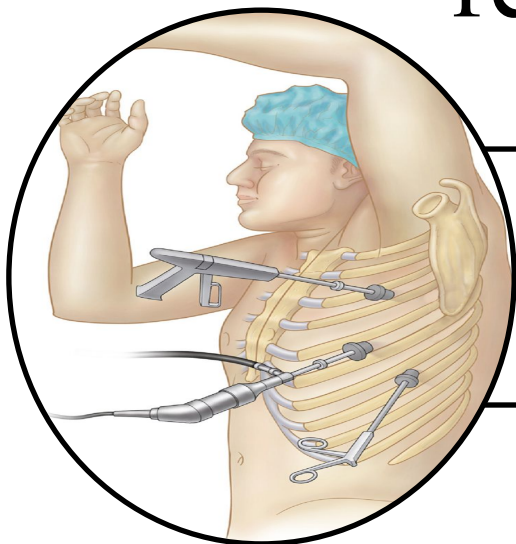


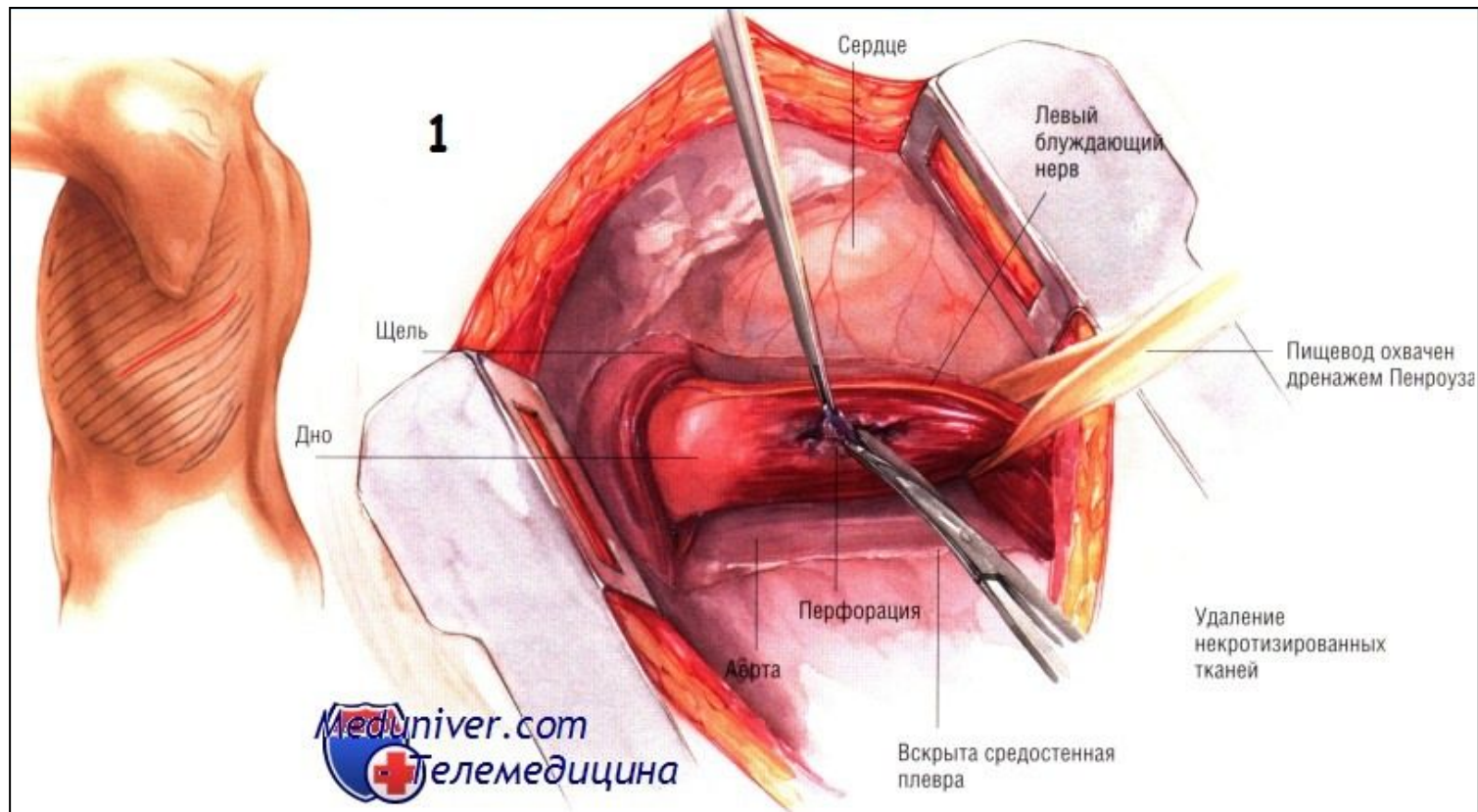
Объём и вид хирургического лечения определяется с учётом характера изменений стенок пищевода и наличия патологии других отделов желудочно-кишечного тракта, тяжести состояния больного и других сопутствующих заболеваний. Лучшие результаты достигаются при условии ранней диагностики синдрома Бурхаве и проведения 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

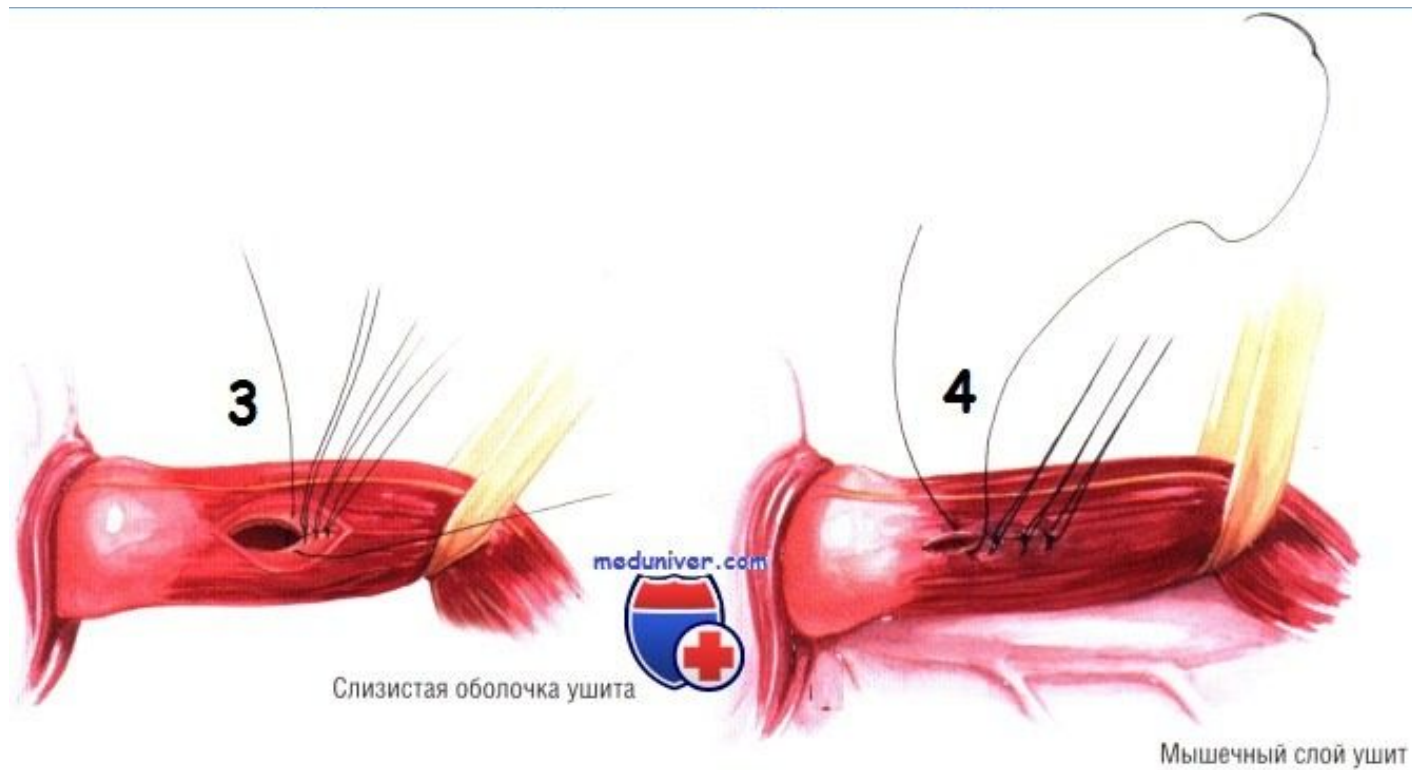


В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ





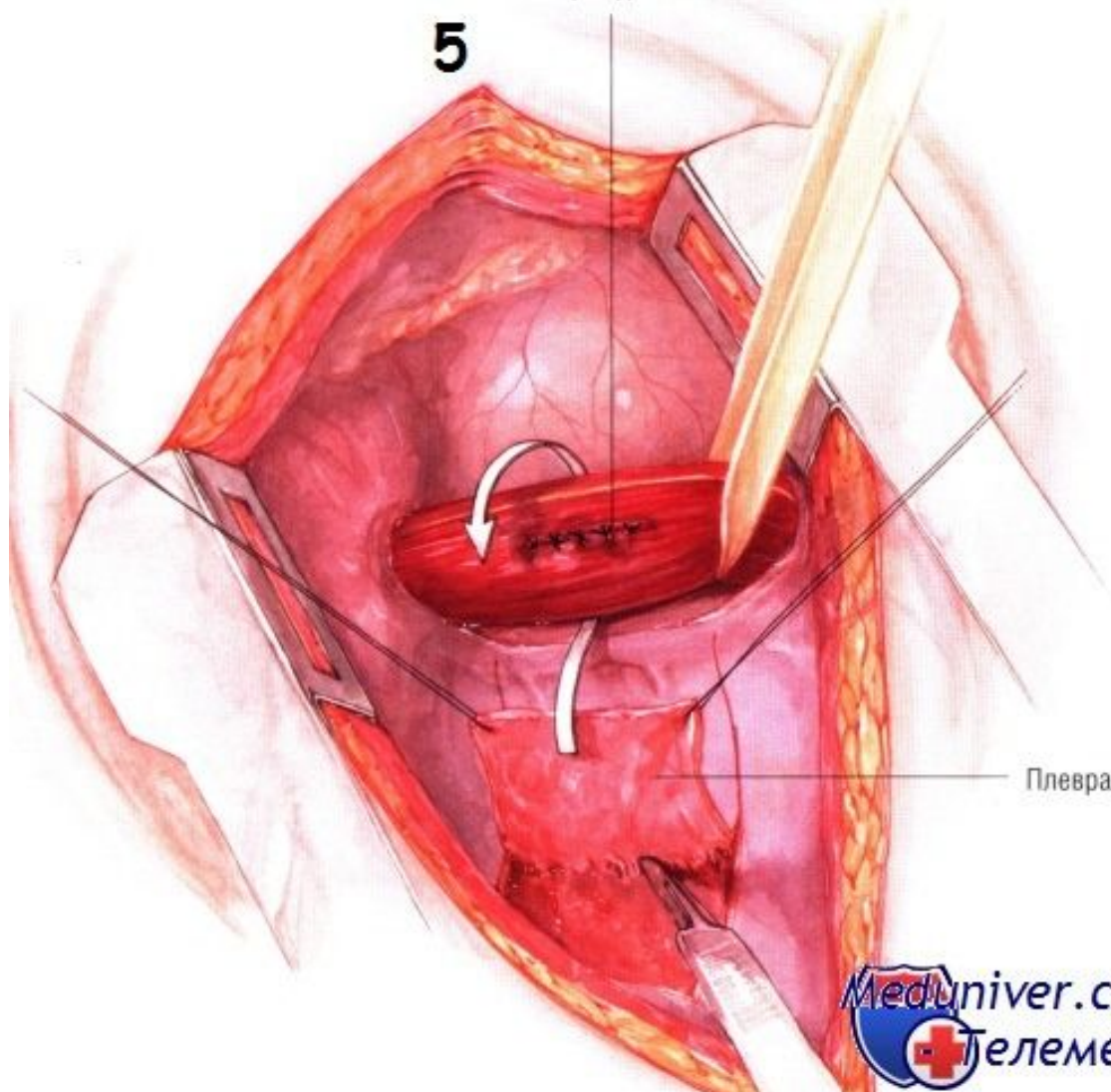
Плевру средостения широко раскрывают, мобилизуют пищевод и обводят его дренажем Пенроуза. Обычно перфорация бывает расположена на 2-3 см выше соединения пищевода и желудка на левой боковой стенке пищевода. Все некротические и нежизнеспособные ткани удаляют, находят края здоровой слизистой оболочки и 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

Ушита перфорация
пищевода

5



Левый блуждающий нерв

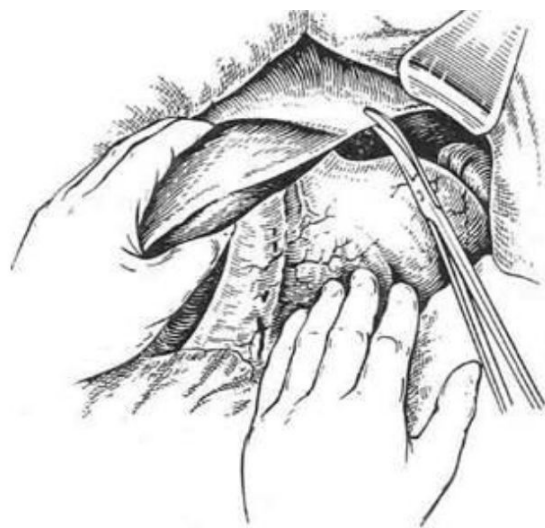
Перфорация укрыта
плевральным
лоскутом

6

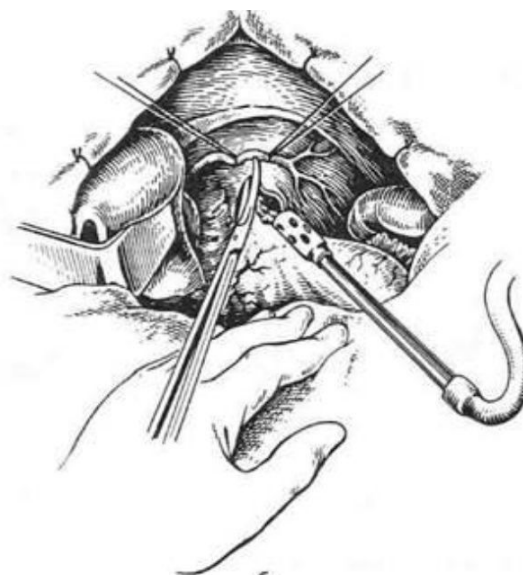


Аорта

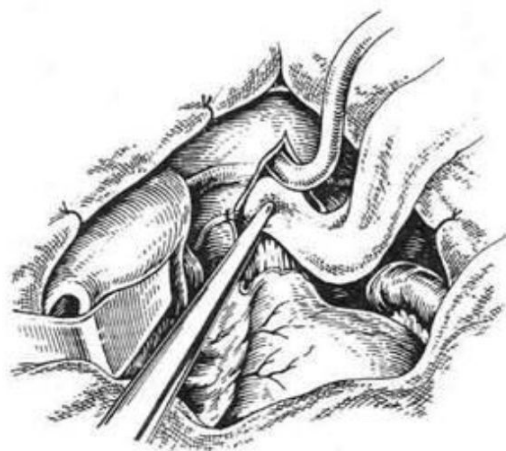
Плевральный лоскут



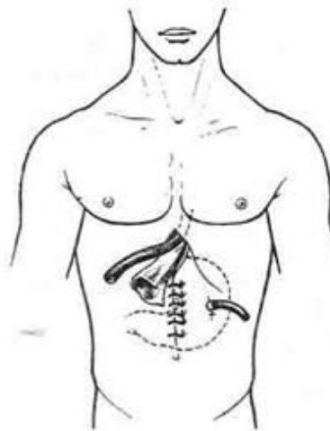
а



б



в



г

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 накладывається гастростома, через просвет которой проводится зонд в тонкую кишку для обеспечения энтерального питания

Спасибо за внимание