КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОДСЛИЗИСТОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ИШМУРЗИН ГЕННАДИЙ ПЕТРОВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-0962-5790; канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. +7-843-224-51-31, e-mail: ishm08@mail.ru

ОКУРЛУ АЛЬФИЯ ФАРИТОВНА, ORCID ID: 0000-0001-8890-1468; канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. +7-843-224-51-31, e-mail: alfiat@yandex.ru

Реферат. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава, нетравматический разрыв пищевода, апоплексия пищевода или «банкетный пищевод») – жизнеугрожающее состояние, которое требует быстрой диагностики и лечения и характеризуется разрывом всех слоев стенки пищевода вследствие резкого повышения внутрипищеводного давления. Данная патология является редко встречающимся заболеванием и составляет, по разным оценкам, от 2 до 3% всех случаев повреждений пищевода из-за редкости, разнообразия клинической картины и недостаточной информированности большинства врачей, что приводит к задержке постановки правильного диагноза. **Цель** – представить клинический случай спонтанного разрыва грудного отдела пищевода, наблюдаемый в терапевтической практике. **Материал и методы.** В нашем клиническом случае первично пациент был доставлен в неотложную кардиологию, затем в терапевтическое отделение и только потом в хирургическое отделение. Только дополнительные методы обследования и кооперация врачей различных специальностей позволили выставить правильный диагноз. **Результаты и их обсуждение.** В клиническом наблюдении мы убедились насколько нелегко определиться с окончательным диагнозом, потребовалась кооперация нескольких специалистов. Обращает внимание тот факт, что от поставленного диагноза зависит лечебная тактика пациента, иногда совершенно противоположная, как в приведенном случае. В терапевтическом отделении проводилась дезагрегантная и антикоагулянтная терапия, в то время как после перевода в хирургический стационар – гемостатическая и инфузионная. **Выводы.** Отсроченная диагностика и неправильная лечебная тактика могут привести к трансмуральному прободению пищевода, что может осложниться медиастинитом, пневмонитом, перикардитом, эмпиемой плевры и летальным исходом. Поэтому повышение осведомленности и настороженности при данной патологии требуется не только от хирургов, но и врачей нехирургического профиля, позволяет надеяться на выработку принципов индивидуализированного подхода к каждому больному и широкое внедрение современных, малотравматичных методов диагностики, на оптимизацию тактики и выработку единых алгоритмов лечения, что в последующем приведет к уменьшению уровня летальности данной категории больных.

Ключевые слова: синдром Бурхава, спонтанный разрыв пищевода, стенокардия.

Для ссылки: Ишмурзин, Г.П. Клинический случай подслизистого разрыва пищевода в терапевтической практике / Г.П. Ишмурзин, А.Ф. Окурлу // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, вып. 5. – С. 76–79. DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(5).76-79.

CLINICAL CASE OF SUBMUCOSAL ESOPHAGEAL RUPTURE IN THERAPEUTIC PRACTICE

ISHMURZIN GENNADY P., ORCID ID: 0000-0002-0962-5790; C. Med. Sci., associate professor of the Department of internal medicine of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, tel. +7-843-224-51-31, e-mail: ishm08@mail.ru

OKURLU ALFIYA F., ORCID ID: 0000-0001-8890-1468; C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of internal medicine of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, tel. +7 432 24513, e-mail: alfiat@yandex.ru

Abstract. Spontaneous esophageal rupture (Boerhaave syndrome, non-traumatic esophageal rupture, esophageal apoplexy or «banquet esophagus») is a life-threatening condition that requires rapid diagnosis and treatment and is characterized by a rupture of all layers of the esophagus wall, due to a sharp increase in intra-esophageal pressure. This abnormality is a rare disease, and according to various estimates, from 2 to 3% of all cases of damage to the esophagus and due to the rarity, variety of clinical pictures and lack of awareness of most doctors leads to delay in making the correct diagnosis. **Aim.** The aim of the study was to present a clinical case of spontaneous rupture of the thoracic part of the esophagus observed in therapeutic practice. **Material and methods.** In our clinical case, the patient was first taken to the emergency cardiology department, then to the therapeutic department and only then to the surgical department. Only supplementary methods of examination and cooperation of doctors of different specialties allowed making the correct diagnosis. **Results and discussion.** In the course of clinical observation, we saw how difficult it was to decide on the final diagnosis. It required cooperation of several specialists. Attention is drawn to the fact that the patient's treatment strategy depends on the diagnosis, sometimes quite the opposite, as in this case. Disaggregate and anticoagulant therapy was provided in the therapeutic department, while after transfer to a surgical hospital the

patient received haemostatic and infusion therapy. **Conclusion.** Delayed diagnosis and improper therapeutic strategy can lead to a transmural esophageal rupture, which can be complicated by mediastinitis, pneumonitis, pericarditis, pleura empyema and death. Therefore, increased awareness and alertness in this disease is required not only from surgeons, but also from non-surgical physicians, allows us to hope for the development of the principles of individualized approach to each patient and the widespread introduction of modern, low-impact diagnostic methods, to optimize strategies and develop common algorithms of treatment, which will subsequently lead to a reduction in the mortality rate in this category of patients.

Key words: Boerhaave syndrome, spontaneous rupture of the esophagus, angina pectoris.

For reference: Ishmurzin GP, Okurlu AF. Clinical case of submucosal esophageal rupture in therapeutic practice. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2020; 13 (5): 76-79. **DOI:** 10.20969/VSKM.2020.13(5).76-79.

Введение. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхааве, нетравматический разрыв пищевода, апоплексия пищевода или «банкетный пищевод») – жизнеугрожающее состояние, которое требует быстрой диагностики и лечения и характеризуется разрывом всех слоев стенки пищевода вследствие резкого повышения внутрипищеводного давления. В то же время разрыв пищевода может быть неполным, может сопровождаться образованием интрамуральной гематомы. Спонтанный разрыв пищевода является редко встречающимся заболеванием и составляет, по разным оценкам, от 2 до 3% всех случаев повреждений пищевода. Своевременная диагностика данного состояния представляет большие трудности из-за редкости, разнообразия клинической картины и недостаточной информированности большинства врачей, что приводит к задержке с постановкой правильного диагноза, развитию осложнений и летальному исходу [1, 2, 3, 4]. Часто данная категория больных первоначально поступает в стационары нехирургического профиля, а клинические симптомы заболевания расцениваются как проявления других нозологических форм, как в приведенном ниже клиническом наблюдении.

Клинический случай. Приводим собственное наблюдение спонтанного неполного разрыва пищевода с образованием гематомы и нетипичной для данного заболевания симптоматикой. Больная Б., 70 лет, доставлена в 15.30 3 марта в экстренном порядке в терапевтическое отделение одной из клиник г. Казани через 2 ч от начала заболевания с диагнозом: ишемическая болезнь сердца. Впервые возникшая стенокардия? Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3. При поступлении предъявляла жалобы на сжимающие и жгучие боли за грудиной, в большей степени во время или после приема пищи, сопровождающиеся «подступлением кома к горлу», одышку, слабость. Заболела остро, на фоне полного благополучия возникли вышеуказанные жалобы. Обратилась за скорой медицинской помощью и с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, впервые возникшая стенокардия (?), пациентка была доставлена в одну из клиник неотложной кардиологии г. Казани. В приемном отделении пациентка осмотрена кардиологом, на основании данных ЭКГ был исключен острый коронарный синдром. С диагнозом: артериальная гипертензия. Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника. Межреберная невралгия пациентка направлена в терапевтический стационар по месту жительства.

Из анамнеза известно, что больную периодически беспокоят изжога на фоне переедания и погрешности в диете, частые эпизоды подъема артериального давления до 160/90 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью и головокружением, купирующиеся приемом таблетки капотена. Постоянно никакие препараты не принимает. Два года назад проходила фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС), по результатам которой выявлены характерные изменения для хронического гастрита и эзофагита. При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное, кожные покровы физиологической окраски. При пальпации левой половины грудной клетки определялась выраженная болезненность по межреберным промежуткам. Дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыхательных движений 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, артериальное давление 130/80 мм рт.ст., пульс – 72 уд/мин. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

Лабораторно-инструментальные данные: общий анализ крови (ОАК): эритроциты – $4,47 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 120 г/л; лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$; палочко-ядерные нейтрофилы – 5%; сегментоядерные нейтрофилы – 75%; эозинофилы – 0%; моноциты – 3%; лимфоциты – 17%. Общий анализ мочи и показатели биохимического анализа крови были в пределах референсных значений. В терапевтическом отделении повторно регистрировали ЭКГ (рис. 1).

На ЭКГ: синусовый ритм с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 72 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца (ЭОС), угол альфа +15°, PQ – 0,21 с. АВ-блокада I степени. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ).

Для исключения бронхолегочной патологии выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки, где не было выявлено значимых изменений кроме признаков ГЛЖ. Для исключения острого коронарного синдрома был проведен качественный экспресс-тест на тропонин, результат которого был отрицательным. На основании полученных данных при осмотре терапевтом был выставлен диагноз: ИБС. Впервые возникшая стенокардия (?), НЦД по кардиальному типу (?). Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Гастрит (?). ГЭРБ (?). Пекталгия на фоне грудного остеохондроза.

Больной проводилась гипосекреторная, антикоагулянтная, антиагрегантная, гипотензивная терапия согласно клиническим рекомендациям. На фоне лечения состояние несколько улучшилось: болевой синдром уменьшился, но полностью

не купировался. Учитывая сохранение болевого синдрома, с целью дифференциальной диагностики 5 марта выполнена ФЭГДС, где по правой стенке в верхней трети пищевода была выявлена расширенная и тромбированная вена до 8 мм с эрозированной поверхностью, которая при контакте кровоточит. В желудке выявлено умеренное количество «кофейной гущи». Слизистая во всех отделах умеренно гиперемирована, отечная, складки среднего калибра. Слизистая двенадцатиперстной кишки без особенностей, в просвете «кофейная гуща». Заключение: спонтанный раз-

рыв подслизистого слоя пищевода, осложненный кровотечением Forrest IIB с формированием гематомы. Ввиду наличия признаков кровотечения была выполнена коагулограмма: протромбиновое время – 17 с, протромбиновый индекс – 94%, активированное частичное тромбопластиновое время – 30,6 с, международное нормализованное отношение – 1,07. После получения результатов дополнительного исследования повторно регистрировали ЭКГ (рис. 2), на которой не выявлены признаки ишемической болезни и существенной динамики с ЭКГ при поступлении.

Рис. 1. ЭКГ при поступлении в терапевтический стационар

Рис. 2. ЭКГ в динамике

С учетом клинических данных и результатов ФЭГДС больной поставлен диагноз: спонтанный разрыв подслизистого слоя пищевода, осложненный кровотечением Forrest IIB. Тромбофлебит вены пищевода. Из-за наличия «кофейной гущи» в желудке и двенадцатиперстной кишке больная консультирована хирургом, рекомендовано провести ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) для исключения цирроза печени и другой патологии. Кроме деформации желчного пузыря при УЗИ ОБП патологии не было выявлено. На основании полученных данных пациентка для дальнейшего наблюдения и лечения 5 марта переведена в хирургическое отделение с диагнозом: спонтанный разрыв подслизистого слоя пищевода, осложненный кровотечением Forrest IIB. Тромбофлебит вены пищевода. Консилиумом хирургов решено вести больную консервативно. В хирургическом отделении проводилась гемостатическая и антисекреторная терапия. На фоне терапии в первые сутки пребывания больной в отделении хирургии боли в грудной клетке уменьшились. В последующие сутки состояние пациентки стабилизировалось, 10 марта проведена повторная ФЭГДС, где отмечается положительная динамика, 12 марта больная выписана на амбулаторный этап лечения.

Таким образом, успех лечения повреждений пищевода зависит от множества факторов, основными из которых являются этиология, своевременность диагностики, наличие сопутствующих заболеваний и общее состояние больного на момент поступления, а также объем и полнота выполненного обследования и лечения.

Приоритет в лечении повреждений пищевода следует отдавать многопрофильным стационарам, обладающим широкими возможностями оперативного, консервативного и эндоскопического внутрипросветного лечения. В клиническом наблюдении мы убедились, насколько нелегко определить окончательным диагнозом, потребовалась кооперация нескольких специалистов. Обращает внимание тот факт, что от поставленного диагноза зависит лечебная тактика пациента, иногда совершенно противоположная, как в приведенном случае. В терапевтическом отделении проводилась дезагрегантная и антикоагулянтная терапия, в то время как после перевода в хирургический стационар – гемостатическая и инфузионная. Отсроченная диагностика и неправильная лечебная тактика может привести к трансмуральному прободению пищевода, что может осложниться медиастинитом, пневмонитом, перикардитом, эмпиемой плевры и летальным исходом. Поэтому повышение осведомленности и настороженности при данной патологии требуется не только от хирургов, но и врачей нехирургического профиля, позволяет надеяться на выработку прин-

ципов индивидуализированного подхода к каждому больному и широкое внедрение современных, малотравматичных методов диагностики, на оптимизацию тактики и выработку единых алгоритмов лечения, что в последующем приведет к уменьшению уровня летальности данной категории больных.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спонтанный разрыв пищевода, осложненный гнойным медиастинитом и сепсисом / Е.А. Корымасов, А.С. Беньян [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 1. – С.70–71.
2. Минимально инвазивные методы в лечении спонтанного разрыва пищевода / Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, А.О. Бреднев [и др.] // Новости хирургии. – 2015. – № 4. – С.467–473.
3. Кочуков, В.П. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава) / В.П. Кочуков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 7. – С.83–84.
4. Райхан, Мд. Аль. Сравнительные результаты лечения спонтанного разрыва пищевода / Мд. Аль Райхан, В.В. Булынин, А.И. Жданов // Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии: VII международный конгресс. – Санкт-Петербург, 2017. – С.140–141.

REFERENCES

1. Korymasov EA, Benyan AS. Spontanniy rasryv pishchevoda, oslozhnenniy gnoynym mediastenitom i sepsisom [Spontaneous rupture of the esophagus, complicated by purulent mediastinitis and sepsis]. Hirurgiya; Zhurnal imeni NI Pirogova [Surgery; Journal them NI Pirogov]. 2011; 1: 70-71.
2. Kotiv BN, Dzidzava II, Brednev AO, et al. Minimal'no invazivnye metody v lechenii spontannogo razryva pishchevoda [Minimally invasive methods in the treatment of spontaneous esophageal rupture]. Novosti hirurgii [Surgery news]. 2015; 4: 467-473.
3. Kochukov VP. Spontanniy rasryv pishchevoda (Sindrom Burkhava) [Spontaneous rupture of the esophagus (Burhave Syndrome)]. Hirurgiya; Zhurnal imeni NI Pirogova [Surgery; Journal them NI Pirogov]. 2012; 7: 83-84.
4. Rajhan Md Al', Bulynin VV, Zhdanov AI. Sravnitel'nye rezul'taty lecheniya spontannogo razryva pishchevoda [Comparative results of treatment of spontaneous esophageal rupture]. Sankt-Peterburg: VII mezhdunarodnyy kongress «Aktual'nyye napravleniya sovremennoy kardio-torakal'noy khirurgii [St. Petersburg: VII international congress «Actual directions of modern cardio thoracic surgery»]. 2017; 140-141.