

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СПОНТАННЫМ РАЗРЫВОМ СТЕНКИ ПИЩЕВОДА, У РЕБЕНКА 4-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

А.А. Арова, Ю.О. Хлынина, А.Б. Невинский

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

The acute inflectional gastroenteritis case complicated with the spontaneous esophagus rupture in a four-year-old child

A.A. Arova, Yu.O. Khlynina, A.B. Nevinskiy

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Резюме

Представлен случай спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхава), произошедшего на фоне острой кишечной инфекции у ребенка 4 лет. Недостаточная информированность врачей о синдроме Бурхава, редкость и разнообразие клинических проявлений обуславливают задержку постановки диагноза. Данное осложнение требует экстренного оперативного лечения. В большинстве случаев развитие синдрома Бурхава заканчивается летально.

Ключевые слова: спонтанный разрыв пищевода, синдром Бурхава, острая кишечная инфекция у детей.

Abstract

The article describes a case of the spontaneous esophagus rupture (the Boerhaave syndrome) in a 4-year-old child developed simultaneously with an acute intestinal infectious disease. The main reasons of prolonged diagnostic process are poor awareness of most of the medical specialists about the Boerhaave syndrome, the rarity of the disease and the diversity of clinical implications. Any case complicated with this orphan disease needs an emergent surgery operation. The development of the Boerhaave syndrome ends fatally in most cases.

Key words: the spontaneous esophagus rupture, the Boerhaave syndrome, an acute inflectional gastroenteritis in children.

Введение

Спонтанный разрыв всех слоев стенок пищевода впервые описан в 1724 г. голландским врачом Н. Boerhaave (синдром Бурхава). В медицинской литературе описаны единичные случаи спонтанного разрыва пищевода у новорожденных (I. Aaronson и соавт. 1975), но у детей старше 1 года и подростков это заболевание практически не встречается [1]. Впервые спонтанный разрыв пищевода (СРП) у новорожденного описан J. Fryfogle в 1952 г. Однако его наблюдение не совсем укладывается в понятие «спонтанный», так как у ребенка во время операции дистальнее разрыва в пищеводе была выявлена мембрана, полностью перекрывающая просвет.

Само название «спонтанный» свидетельствует о том, что причины нарушения целостности стенки пищевода неизвестны. Высказываются различные точки зрения на происхождение этого страдания. Так, С. Beraud et al. (1969) считают, что перфорация происходит в результате повышения давления воздуха в пищеводе при первом глотании у новорожденного ребенка. В то же время V. Chunn и L. Gerpert (1962) выяснили, что прочность пищевода у детей больше, чем у взрослых, и что для того, чтобы порвать целостность пищевода, давление в его про-

свете должно колебаться в очень широких пределах. Некоторые авторы (Myers N., 1972; Khanna N. et al., 1978) считают, что причинами разрыва могут быть рвота или манипуляции по оживлению ребенка [2].

По мнению G. Harell et al. (1970), пищевод в нижнем отделе справа разрывается в связи с тем, что правая стенка на этом уровне прикрыта только тонкой пластинкой париетальной плевры, в то время как слева стенка пищевода укреплена нисходящим отделом аорты. Авторы иллюстрируют эту точку зрения собственным наблюдением, при котором у ребенка произошел разрыв левой стенки пищевода, а при операции было выяснено, что нисходящая часть аорты у больного располагалась необычно — справа. Ряд исследователей, занимающихся топографической анатомией детского возраста, также указывают на недостаточную защищенность правой стенки пищевода на уровне Т6-7 (Морозова Т.И., 1967, 1977; Андронеску А., 1970; Исаков Ю.Ф. и др., 1978). Отверстие на стенке пищевода было расположено в продольном направлении, и его размеры колебались от 2 мм до 5 см. В тканях, непосредственно прилегающих к разрыву, во всех случаях были найдены явления некротического воспаления. Кроме того, в одном наблюдении (Beraud C. et al., 1969) отмечено

обширное изъязвление других отделов слизистой оболочки пищевода и наличие желез типа желудочных. Если учесть, что пораженная часть пищевода в течение многих часов сообщалась с плевральной полостью, заполненной гноем, то высказать предположение, что явилось первичным (эзофагит или перфорация), не представляется возможным.

Следовательно, наиболее заметной анатомической особенностью СРП у новорожденных является их локализация: правая стенка нижнего отдела. Эта особенность во многом определяет диагностику повреждения.

У взрослых больных частота спонтанного разрыва пищевода в нижней трети (синдром Бурхаве) варьирует от 3,9 до 16,7% [3], причем чаще при этом заболевании происходит повреждение левой боковой стенки пищевода с вовлечением медиастинальной плевры и поступлением содержимого пищевода и желудка в левую плевральную полость.

Предрасполагающим фактором спонтанного разрыва пищевода могут являться изменения в мышечном слое стенки пищевода, а непосредственной причиной — внезапное повышение давления внутри пищевода при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере в сочетании с отрицательным внутригрудным давлением, что встречается при интенсивной и многократной рвоте после обильного приема пищи, при повышении внутрижелудочного, а затем внутрипищеводного давления при натуживании, при дефекации, интенсивном кашле, приступе судорог. Спонтанные разрывы пищевода отличаются возникновением больших дефектов стенки пищевода (от 4—5 до 10—12 см) и чаще всего локализируются в левой стенке нижнегрудного отдела пищевода (в 90% случаев). В подавляющем большинстве наблюдений разрывы пищевода ориентированы продольно и локализируются в его наиболее слабом отделе — непосредственно над диафрагмой (на 3—6 см выше ее) [4]. При синдроме Бурхаве происходит разрыв всех стенок пищевода (трансмуральный разрыв), редко сопровождаются массивным кровотечением.

Классическая картина синдрома Бурхаве характеризуется триадой Маклера:

- рвота съеденной пищей (у части пациентов в рвотных массах присутствует примесь крови);
- подкожная эмфизема в шейно-грудной области вследствие скопления воздуха в подкожной жировой клетчатке;
- сильная режущая боль в грудной клетке (реже в области живота), внезапно возникающая в момент приступа рвоты (может напоминать боль при язве желудка и двенадцатиперстной кишки), которая может иррадиировать в левое надплечье и левую поясничную область и нарастает при глотании.

Диагноз устанавливается на основании эндоскопических и лучевых (рентгенография, РКТ) методов исследований.

Клинический случай

Больной 4 лет поступил на 4-й день болезни в тяжелом состоянии. В течение недели у ребенка отмечалась упорная рвота 1—2 раза в день на фоне нормальной температуры, неустойчивый стул. К врачу не обращались. Ребенок продолжал посещать детский сад. За три дня до момента поступления отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр и боли в горле при попытке глотать. Был выставлен диагноз: «ОРВИ. Ринофарингит», назначен нурофен, зодак и орошение ротоглотки мирамистином. На фоне приема препаратов температура снизилась, но самочувствие резко ухудшилось. Появилась многократная рвота, отказ от еды и питья. Отмечалось нарастание вялости, слабости. В связи с отсутствием положительной динамики был направлен на стационарное лечение с диагнозом: «Острая кишечная инфекция? ОРВИ. Ринофарингит».

Анамнез жизни без особенностей. Эпидемиологический, вакцинальный анамнез не отягощен. Соматической патологии у ребенка до настоящего времени не отмечалось.

Ребенок госпитализирован в реанимационное отделение по тяжести состояния, обусловленной интоксикацией, водно-электролитными, гемодинамическими нарушениями, метаболическим ацидозом, симптомами шока. Температура тела была субнормальной (35,4° С). При осмотре обращали на себя внимание выраженный цианоз губ, носогубного треугольника, акроцианоз, «мраморный рисунок» кожных покровов. Сознание soporозное, команды не выполняет, отвечает односложно. Просит пить, но попытки проглотить воду заканчиваются рвотой. При осмотре отмечаются позывы на рвоту и двукратная рвота по типу «кофейной гущи». Выражены симптомы обезвоживания: кожа сухая, холодная, «мраморный рисунок», черты лица заострены, глаза запавшие. Губы, слизистые оболочки рта сухие, бледно-цианотичные, язык густо обложен грязно-белым налетом. Со стороны легких обращало на себя внимание поверхностное дыхание, при аускультации — ослабленное с обеих сторон, хрипы не выслушивались; ЧД — 32 в минуту. Сердечные тоны приглушены, легкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС 160 ударов в минуту. Пульс на периферии слабого наполнения и напряжения, АД 80/53 мм рт. ст. Живот обычной формы, слегка вздут в верхних отделах. При пальпации — живот мягкий, определяется болезненность по ходу кишечника, перистальтика выслушивается. Симптомы «острого живота» не определяются. Менингеальные и очаговые симптомы отрицательные. Мочеотделение не нарушено. Выставлен предварительный диагноз: «Острый гастроэнтерит инфекционной этиологии. Эскизоз

с токсикозом 2 степени. Угрожаемый по ДВС-синдрому. Тяжелое течение. Острая респираторная инфекция. Острый тонзиллит».

Начато проведение антибактериальной, инфузионной, гормональной и симптоматической терапии. В течение 7 ч состояние больного ребенка оставалось тяжелым, с внезапным ухудшением состояния. Остро развились брадипноэ до 10 дыханий в минуту, брадиаритмия — 40 в минуту, с последующей остановкой сердца. Экстренная интубация трахеи с ИВЛ 100% кислородом, реанимационные мероприятия в течение часа эффекта не дали, зарегистрирована биологическая смерть.

При патолого-анатомическом исследовании обнаружено: катаральный гастроэнтерит неуточненной этиологии (бактериологическое исследование содержимого кишечника на флору роста не дал); гиперплазия селезенки, брыжеечных лимфатических узлов, акцидентальная инволюция тимуса 2 ст. Продольно ориентированный разрыв левой боковой стенки ниже-грудного отдела пищевода с распространением в дистальном отделе на правую боковую стенку (длина разрыва 10 см) с выходом желудочного содержимого в плевральную полость слева и справа, заднее средостение; шок смешанного генеза (гиповолемический, эндотоксический) с проявлениями респираторного дистресс-синдрома 1 стадии, нефронекроза; ДВС-синдром.

Выводы

1. Локализация СРП у новорожденных и взрослых пациентов может существенно различаться в силу анатомических особенностей строения пищевода у новорожденных. В данном клиническом случае имело место сочетанное трансмуральное повреждение как левой, так и правой боковой стенки пищевода в продольной ориентации со значительным перфорационным отверстием и выходом желудочного содержимого в плевральную полость слева и справа, заднее средостение.

2. Основными симптомами СРП являются расстройство дыхания, рвота и кровотечение. Признаки дыхательной недостаточности возникают чуть раньше, но через несколько минут к ним присоединяется рвота или срыгивание, нередко с примесью крови. При физикальном обследовании ребенка обращает на себя внимание ослабленное

дыхание в легких. Клиническая картина, даже при выраженности большинства из перечисленных симптомов, не позволяет достоверно выявить СРП. Для уточнения диагноза необходимо немедленное проведение рентгенологического обследования легких.

3. В связи кратким (7 ч) пребыванием в стационаре (в ночное время), выраженными симптомами токсикоза с эксикозом, шока, невыполненной рентгенографией легких у данного больного не была заподозрена хирургическая патология, осложнившая острую кишечную инфекцию секреторного типа с ведущим симптомом в виде рвоты.

4. Синдром Бурхава у ребенка раннего возраста, развившийся на фоне острой кишечной инфекции секреторного типа, — чрезвычайно редкое осложнение многократной рвоты, заканчивающееся в большинстве случаев летально. Возможно, интраторакальное ушивание пищевода во время лапаротомии, проведенное до 72 ч после разрыва стенки, дало бы шанс на благоприятный исход болезни. В доступной литературе нам не удалось найти ни одного подобного случая.

Литература

1. Григович, И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей / И.Н. Григович. — М.: Медицина, 1985. — 286 с.
2. Encyclopedia of Gastroenterology [Boerhaave's Syndrome] / Lee M.; под редакцией Leonard Johnson. — США: Elsevier Academic Press, 2004. — Т. 1. — С. 222-223.
3. Кочуков, В.П. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава) (рус.) / В.П. Кочуков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2012. — № 7. — С. 83–84.
4. Юрасов, С.Е. Спонтанный разрыв абдоминального отдела пищевода (рус.) / С.Е. Юрасов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1999. — № 4. — С. 58.

References

1. Grigovich, I. N. Redkie hirurgicheskie zabolevaniya pishchevaritel'nogo trakta u detej / I. N. Grigovich. — M.: Medicina, 1985.-286s.
2. Encyclopedia of Gastroenterology [Boerhaave's Syndrome] / Lee M.; pod redakciej Leonard Johnson. — SSHA: Elsevier Academic Press, 2004. — T. 1. — S. 222-223.
3. Kochukov V.P. Spontannyj razryv pishchevoda (sindrom Burhave) (rus.) / V.P. Kochukov // Hirurgiya. ZHurnal im. N.I. Pirogova. — 2012. — № 7. — S. 83-84.
4. YUrasov S.E. Spontannyj razryv abdominal'nogo otdela pishchevoda (rus.) / S.E. YUrasov // Hirurgiya. ZHurnal im. N.I. Pirogova. — 1999. — № 4. — S. 58.

Авторский коллектив:

Арова Анна Анатольевна — доцент кафедры детских инфекционных болезней Волгоградского государственного медицинского университета, к.м.н.; тел.: 8(8442)23-91-60, e-mail: anna-arova@rambler.ru

Хлынина Юлия Олеговна — ассистент кафедры детских инфекционных болезней Волгоградского государственного медицинского университета, к.м.н.; тел.: 8(8442)23-69-00, e-mail: hlinina2013@yandex.ru

Невинский Алексей Борисович — ассистент кафедры детских инфекционных болезней Волгоградского государственного медицинского университета; тел.: 8(8442)23-69-00, e-mail: ale-nevinskij@yandex.ru