# ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ ВНУТРИПИЩЕВОДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

(клинический случай)

**ШАЙМАРДАНОВ РАВИЛ ШАМИЛОВИЧ**, канд. мед. наук, профессор кафедры хирургии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36

**ГУБАЕВ РУСЛАН ФИРДУСОВИЧ**, зав. отделением хирургии № 1 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54, тел. 221-39-81,е-mail: qubaevrus@mail.ru

**ХАМЗИН ИЛЬДАР ИЛЬДУСОВИЧ**, зав. эндоскопическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» Россия, 420012, Казань, ул. Чуйкова, 54

**ГАФУРОВ КАМИЛЬ ДЖЭУДЭТОВИЧ**, врач-хирург отделения хирургии № 1 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чүйкова, 54

**ХИСАМИЕВ ИЛЬДАР ГАМИЛЕВИЧ**, врач-хирург отделения хирургии № 1 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

**БАГАУТДИНОВ ЭЛЬДАР БУЛАТОВИЧ**, врач-хирург отделения хирургии № 1 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

**МАКАРОВ ДЕНИС ВАЛЕРЬЕВИЧ**, врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

**ГОСТЯЕВА ТАМАРА АЛЕКСАНДРОВНА**, врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

**СОРОКИНА ЕЛЕНА СЕРГЕЕВНА**, врач-рентгенолог отделения магнитно-резонансной и рентгеновской компьютерной томографии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

Реферат. *Цель* – поделиться опытом лечения больного с синдромом Бурхаве. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве) – тяжелое заболевание, требующее экстренного оперативного лечения. Своевременная диагностика играет решающую роль в успехе лечения. Материал и методы. Приводится наблюдение диагностики и лечения больного с синдромом Бурхаве. Результаты и их обсуждение. Пациент заболел остро, после обильного приема алкоголя и рвоты. Внезапно возникли жалобы на выраженные боли в эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту . по типу «кофейной гущи». После обследования установлен диагноз: «синдром Бурхаве». В экстренном порядке оперирован. Под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия, продольная диафрагмотомия, ушивание разрыва пищевода, гастростомия, дренирование средостения и брюшной полости. Послеоперационный период протекал относительно гладко, явления медиастинита разрешились, но через месяц после операции у больного сформировался пищеводно-медиастинальный свищ, который не имел тенденции к закрытию, несмотря на активное, а потом пассивное дренирование средостения. Больному был установлен стент Даниша, больной был выписан под наблюдение. Через месяц удален стент без технических сложностей, рана пищевода зажила. Разрешен прием жидкой пищи. Рекомендовано соблюдение диеты и режима, наблюдение у хирурга по месту жительства. Выводы. Этот случай показывает, что при развитии пищеводно-медиастинального свища после спонтанного разрыва пищевода имеются показания к стентированию в максимально ранние сроки. Синдром Бурхаве - редкое заболевание, диагноз устанавливается на основании эндоскопических и лучевых (рентгенография, РКТ) методов исследований. Лечение оперативное. Ушивание дефекта пишевода во время лапаротомии является операцией выбора. При возникновении несостоятельности швов. формировании пищеводно-медиастинального свища показано эндоскопическое стентирование.

Ключевые слова: синдром Бурхаве, спонтанный разрыв пищевода, стентирование пищевода.

**Для ссылки:** Лечение спонтанного разрыва пищевода методом внутрипищеводного стентирования (клинический случай) / Р.Ш. Шаймарданов, Р.Ф. Губаев, К.Д. Гафуров [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2018. — Т. 11, вып. 5. — С.181—185. **DOI:** 10.20969/VSKM.2018.11(5).181-185

# **SPONTANEOUS ESOPHAGUS RUPTURE TREATMENT BY ENDOSCOPIC STENTING** (clinical case)

**SHAYMARDANOV RAVIL SH.**, C. Med. Sci., professor of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36

**GUBAYEV RUSLAN F.**, Head of the Department of surgery № 1 of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54, tel. 221-39-81, e-mail: gubaevrus@mail.ru

**KHAMZIN ILDAR I.**, Head of the Department endoscopy of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54 **GAFUROV KAMIL D.**, surgeon of the Department of surgery № 1 of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54 **KHISAMIYEV ILDAR G.**, surgeon of the Department of surgery № 1 of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54 **BAGAUTDINOV ELDAR B.**, surgeon of the Department of surgery № 1 of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54

MAKAROV DENIS V., endoscopist of the Department of endoscopy of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54 GOSTIAEVA TAMARA A., endoscopist of the Department of endoscopy of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54

**SOROKINA ELENA S.**, radiologist of the Department of MRT and RCT of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420012, Kazan, Chuikov str., 54

**Abstract.** *Aim.* The aim of the study is to share the experience of treatment of a patient with Boerhaave syndrome. Spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave syndrome) is a serious disease that requires urgent surgical treatment. Timely diagnosis plays a crucial role in success of treatment. *Material and methods.* An observation of diagnosis and treatment in a patient with Boerhaave syndrome was performed. *Results and discussion.* The patient became ill acutely after heavy drinking and vomiting. Suddenly, complaints of pronounced epigastric pain without irradiation, nausea, and repeated vomiting of «coffee grounds» type appeared. The diagnosis «Boerhaave syndrome» was established after the examination. An urgent surgery

was performed under endotracheal anesthesia. Laparotomy, longitudinal diaphragmotomy, closure of esophageal rupture, gastrostomy, drainage of the mediastinum and abdominal cavity has been carried out. The postoperative period was relatively smooth. Mediastinitis has resolved, but 1 month after the operation the patient developed an esophageal-mediastinal fistula, which did not tend to close, despite active, then passive drainage of the mediastinum. Danish stent was installed. The patient was discharged under observation. A month later, the stent was removed without any technical difficulties. The wound of the esophagus healed. Liquid food intake was permitted. Adherence to diet and regimen, surgeon follow-up at the place of residence were recommended. *Conclusion*. This case shows that esophageal-mediastinal fistula development after spontaneous esophagus rupture is an indication for early stenting. Boerkhaave syndrome is a rare disease, the diagnosis of which is being established on the basis of endoscopic and radiologic (X-ray, CT) methods of investigation. The treatment is surgical. Spiking of the esophagus defect during laparotomy is a surgery of choice. Endoscopic stenting is indicated in case of suture inconsistency leading to esophago-mediastinal fistula development.

Key words: Boerhaave syndrome, spontaneous esophagus rupture, esophageal stenting.

For reference: Shaimardanov RSh, Gubaev RF, Khamzin II, Gafurov KD, Khisamiev IG, Bagautdinov EB, Makarov DV, Gostyaeva TA, Sorokina ES. Spontaneous esophagus rupture treatment by endoscopic stenting (clinical case). The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (5): 181–185. **DOI:** 10.20969/VSKM.2018.11(5).181-185.

В ведение. Спонтанный разрыв пищевода (СРП) — заболевание, которое при несвоевременном и неправильном лечении приводит к тяжелым последствиям и летальному исходу. Статистики по частоте встречаемости нет. Впервые СРП описал Н. Burhaave в 1723 г. (цит. по: Э.П. Рудину), который наблюдал «фатальную болезнь пищевода» у главного адмирала флота Голландии Ван-Вессенера. Отсюда это заболевание получило название «синдром Бурхаве». Синдром Бурхаве обычно наблюдается у мужчин и крайне редко у женщин. Причиной СРП большинство авторов считают резкое повышение давления в пищеводе при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере. Придается значение грыже пищеводного отверстия диафрагмы и эзофагитам. Э.П. Рудин (1989) механизм СРП представляет так: при рвотных движениях, когда одновременно происходит раскрытие эзофагокардиального сфинктера, резкое напряжение мышц передней брюшной стенки, сокращение диафрагмы и мышечной оболочки желудка, а глоточно-пищеводный сфинктер остается плотно закрытым, происходит продольный разрыв нижней трети грудного отдела пищевода. Чаще такая дискоординация работы мышечных сфинктеров пищевода и желудка происходит при переедании, алкогольном опьянении, неукротимой рвоте. Иногда разрывы пищевода переходят на кардиальный отдел желудка. Изза этого некоторые исследователи отождествляют СРП с синдромом Маллори - Вейсса, который сопровождается кровотечением [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Для спонтанного разрыва пищевода характерны следующие симптомы: обильная рвота, может быть с примесью крови; выраженные боли в эпигастрии и нижней части грудной клетки, с иррадиацией в спину; одышка; нарушение глотания; крепитация на шее; признаки шока и интоксикации [2, 5, 6, 7].

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с инфарктом миокарда, острым панкреатитом, язвенной перфорацией, ущемленной грыжей диафрагмы, расслаивающей аневризмой аорты, спонтанным пневмотораксом. Диагностика спонтанного разрыва пищевода основана на клинических данных и использовании рентгенографии груди (наличие газа и жидкости в средостении, плевральной полости) и живота (свободный газ под куполами диафрагмы), контрастной рентгеноскопии пищевода (затекание жидкого водорастворимого контраста за пищевод), фиброэзофагоскопии (визуализация дефекта), компьютерной томографии (наличие газа и жидкости, контраста в околопищеводной клетчатке, признаки медиастинита) [3, 4, 5, 6]. СРП – жизнеугрожающее заболевание, зависит от своевременной диагностики и выполнения адекватного лечения, послеоперационная летальность может составлять до 85% [3, 4, 6].

По данным литературы, основным методом лечения СРП является хирургический: лапаротомия, диафрагмотомия, ушивание дефекта пищевода с укрытием сальником,

дном желудка или париетальной плеврой, гастростомия, активное дренирование средостения и плевральных полостей [1, 2, 5, 6]. Кроме того, описаны следующие оперативные пособия: торакотомия слева, ушивание дефекта, укрытие дефекта одним из вышеперечисленных способов, лапаротомия, гастростомия, эзофагостомия на шее, экстирпация пищевода [2, 3, 7]. За последнее время появились малоинвазивные методы лечения синдрома Бурхаве: торакоскопия, медиастиноскопия, лапароскопия, эндоскопическая установка стентов, эндоскопическая вакуумно-аспирационная терапия, клипирование [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Считается, что эти методы могут служить альтернативой традиционной хирургии, позволяя избежать осложнений, травматичных вмешательств.

При отсутствии сепсиса, если длительность заболевания менее 48 ч, оптимальным является эндоскопическое вмешательство, которое позволяет повысить выживаемость с 81% при традиционной операции до 100% [3].

**Целью** данной публикации явилось желание поделиться своим опытом лечения больного с синдромом Бурхаве.

Клинический случай. Больной Р., 1960 года рождения, доставлен в 23.45 01.04.2017 в экстренном порядке в хирургическое отделение № 1 Городской клинической больницы № 7 г. Казани через 1,5 ч от начала заболевания с жалобами на выраженные боли в эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту по типу «кофейной гущи». Заболел остро, когда после приема алкоголя (1,5 л пива) внезапно возникли вышеуказанные жалобы. Бригадой скорой помощи доставлен в больницу. В анамнезе – язвенная болезнь, у терапевта не наблюдается. При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное, кожные покровы розовые, язык влажный. Дыхание ритмичное, проводится во все отделы грудной клетки. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление (АД) – 120/75 мм рт.ст.; пульс – 70 уд/мин; живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы Кера, Ортнера, Мейо – Робсона, Воскресенского отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печеночная тупость сохранена. Стула в приемном покое не было, стул был накануне вечером обычной окраски, мочился, моча обычной окраски. Per rectum: кал обычной окраски, болезненности стенок, нависания, образований нет.

Инструментально-лабораторные данные: общий анализ крови (ОАК): гемоглобин — 149 г/л; лейкоциты — 14×10°/л; палочкоядерные нейтрофилы — 12%; сегментоядерные нейтрофилы — 65%; эозинофилы — 3%; моноциты — 4%; лимфоциты — 16%. ОАМ и биохимический анализ крови: показатели в пределах нормы. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, диффузный стеатоз, желчный пузырь — 75×28 мм, стенки не утолщены, содержимое гомогенное, холедох — 5 мм, поджелудочная железа: головка — 32 мм, тело — 18 мм;

хвост не визуализируется, однородная, гиперэхогенная, контуры ровные, границы четкие, свободная жидкость не выявлена. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС): пищевод – в нижней трети единичные линейные надрывы слизистой на «9» и «3» часа до 20 мм, покрытые фибрином и гематином, в просвете небольшое количество «кофейной гущи», в желудке и 12-перстной кишке изменений не выявлено, заключение: синдром Маллори - Вейсса, осложненный состоявшимся кровотечением. Грыжа пишеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). При рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) и брюшной полости (ОБП): гидропневмоторакса нет, под куполами диафрагмы свободного газа не выявлено. Осмотрен терапевтом. заключение: нарушение проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса; рекомендовано: контроль АД и пульса. После введения спазмолитиков боли в животе в приемном покое уменьшились. Больной госпитализирован для дальнейшего наблюдения и лечения в хирургическое отделение с диагнозом: «острый панкреатит. Синдром Маллори – Вейсса, осложненный кровотечением. Кровопотеря легкой степени тяжести». Больному назначена инфузионная, противоязвенная, противорвотная, гемостатическая, противопанкреатическая, анальгетическая терапия, постоянное наблюдение хирургической бригады. Несмотря на проводимую терапию на фоне наблюдения у больного через 5 ч с момента поступления состояние резко ухудшилось, появились резкие «кинжальные» боли под мечевидным отростком с иррадиацией в спину, выраженная слабость, повысилась температура тела до 38°C. Состояние объективно тяжелое, стабильное. Сознание ясное, положение вынужденное, сидячее, больной не может лечь на спину, так как боли усиливаются (симптом «ваньки-встаньки»), кожные покровы бледные, с холодным потом, язык суховат. Дыхание ритмичное, проводится во все отделы грудной клетки. Одышки нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 110/80 мм рт.ст.; пульс – 90 уд/мин. Живот не вздут, напряжен в эпигастрии, резко болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины положительные. Печеночная тупость сохранена. Лейкоцитоз в ОАК повысился до 16×10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные – 52%, сегментарные – 38%, монициты – 5%, лимфоциты – 4%. В связи с нарастанием клиники абдоминального неблагополучия, с целью уточнения диагноза и решения дальнейшей тактики решено выполнить повторную ФГДС с последующей рентгенографией ОГК и ОБП. На повторной ФГДС: в нижней трети пищевода единичные глубокие линейные надрывы до 30 мм на «9» и «3» часах, покрытые фибрином и гематином, в желудке и 12-перстной кишке патологии не выявлено, заключение: синдром Маллори - Вейсса, нельзя исключить перфорацию пищевода. ГПОД. На повторной рентгенографии ОГК и ОБП: признаки малого гидроторакса с обеих сторон, пневмомедиастинума, под куполами диафрагмы свободного газа не выявлено (рис. 1).

Установлен диагноз: «синдром Бурхаве», в экстренном порядке больной оперирован. Под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия, в брюшной полости выпота нет, мобилизован пищеводно-кардиальный комплекс, выделены правая и левая диафрагмальные ножки, выполнена продольная диафрагмотомия, доступ в средостение, при интраоперационной фиброэзофагоскопии выявлено отверстие в пищеводе до 3 см, из которого поступает бурое содержимое. На толстом зонде наложены швы на слизистую и мышечную оболочку пищевода, произведена аппликация ушитого дефекта прядью большого сальника, средостение промыто многократно водным раствором хлоргексидина, в средостение подведены активные дренажи, наложена гастростома по Витцелю, в малый таз установлен дре-



Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости: пневмомедиастинум, двусторонний малый гидроторакс

наж. Послеоперационный диагноз: «спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве)».

Лечение продолжено в условиях реанимации, проводилась интенсивная терапия: инфузионная, противоязвенная, противорвотная, противопанкреатическая, анальгетическая, антибактериальная (карбапенемы) терапия, парентеральное питание, перевязки, промывание дренажей. 04.04.2017 больной переведен в хирургическое отделение, продолжена терапия. Температура, анализы крови нормализовались, послеоперационный период протекал нормально. По дренажам из средостения выделялось до 50 мл серозного отделяемого, по дренажу из малого таза – 100 мл серозного отделяемого, по гастростоме – 100 мл желчи. В отделении больной консультирован торакальным хирургом, заключение: спонтанный разрыв абдоминального отдела пищевода, состояние после операции, рекомендовано: компьютерная томография ОГК, продолжить антибактериальную терапию, повторная консультация при необходимости. 06.04.2017 стали отходить газы, появилась перистальтика, начато кормление через гастростому. 07.04.2017 повторно консультирован торакальным хирургом. Заключение: данных о медиастините нет, рекомендована рентгенография ОГК, УЗИ плевральных полостей в динамике.

Компьютерная томография ОГК от 11.04.2017 (рис. 2). Заключение: РКТ-данные двустороннего гидроторакса, застойных инфильтративных изменений в легких, единичных пузырьков воздуха параэзофагеально на уровне трахеи.

11.04.2017 плевральная пункция слева, эвакуировано 1200 мл серозной жидкости. Удален дренаж из малого таза, по активным дренажам из средостения появилось скудное серозное «мутное» отделяемое. Компьютерная томография ОГК от 18.04.2017 (рис. 3). Заключение: в сравнении с предыдущим исследованием сохраняются инфильтративные изменения в задненижних отделах средостения с установленными дренажными трубками, сохранятся двусторонний гидроторакс, инфильтративные изменения в нижних долях легких.

24.04.2017 состояние удовлетворительное, активных жалоб нет, температуры нет, живот мягкий, безболезненный, срединная лапаротомная рана зажила первичным натяжением, швы сняты, по активным дренажам скудное серозное «мутное» отделяемое, один из них удален, гастростома функционирует, анализы в пределах нормы, все назначения отменены, оставлены только ингибиторы протонной помпы, больной похудел на 10 кг.



Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной клетки: двусторонний гидроторакс, застойные инфильтративные изменения в легких, единичные пузырьки воздуха параэзофагеально на уровне трахеи

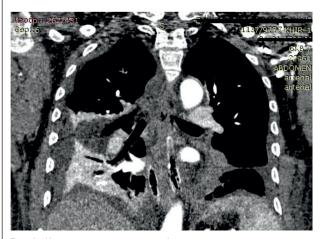


Рис.3. Компьютерная томография органов грудной клетки: сохраняются инфильтративные изменения в задненижних отделах средостения с установленными дренажными трубками, сохраняется двусторонний гидроторакс, инфильтративные изменения в нижних долях легких

С целью контроля состояния пищевода и решения вопроса о кормлении больного 02.05.2017 выполнена контрастная рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом (рис. 4): пищевод свободно проходим для контраста, в наддиафрагмальном сегменте определяется дивертикулоподобное выпячивание стенки пищевода, прилежащее к дренажу, отмечается затекание незначительного количества жидкого контраста из пищевода в дренажную трубку.

03.05.2017 ФГДС: пищевод свободно проходим, в нижней трети на уровне пищеводно-желудочного перехода дефект стенки пищевода до 10 мм, к которому прилежит дренажная трубка, установленная в средостении, в желудке визуализируется гастростома, заключение: несостоятельность швов пищевода, состояние после гастростомии (рис. 5).

Заключение. У больного развилась несостоятельность швов с формированием пищеводно-медиастинального свища. Все это время продолжалось кормление больного только через гастростому. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. По дренажу из средостения отделяемое прекратилось.



Рис. 4. Контрастная рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом: дивертикулоподобное выпячивание стенки пищевода, прилежащее к дренажу, затекание незначительного количества жидкого контраста из пищевода в дренажную трубку



Рис. 5. Фиброэзофагогастродуоденоскопия: в нижней трети пищевода на уровне пищеводно-желудочного перехода дефект стенки пищевода до 10 мм, к которому прилежит дренажная трубка, установленная в средостении

15.05.2017 при проведении ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, на уровне 39 см от резцов визуализируется дефект стенки пищевода на протяжении 3 см с ровными краями, в дистальной части единичные узловые лигатуры и трубчатый дренаж. Определены показания к стентированию. Установлен стент Даниша с наружной фиксацией с помощью лигатур.

17.05.2017 при проведении ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая умеренно гиперемирована, в нижней трети визуализируется стент, свободно проходим, стент подтянут на 2 см по направлению средней трети пищевода.

22.05.2017 больной в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение хирурга по месту жительства с явкой через месяц для решения вопроса об удалении стента.

Через месяц стент удален без технических сложностей, область свища покрылась грануляциями (рис. 6), дренаж из средостения удален. Больному разрешен прием жидкой пищи. Рекомендовано соблюдение диеты и режима, наблюдение хирурга по месту жительства.

Результаты и их обсуждение. В приводимом наблюдении видно, что у пациента, страдающего хиатальной грыжей, после приема большого количества жидкости (1,5 л пива) появилась рвота с примесью крови и боли в эпигастральной области. При эндоскопическом исследовании обнаружены 2 надрыва в дистальном от-



Рис. 6. Фиброэзофагогастродуоденоскопия: область свища покрылась грануляциями

деле пищевода с наличием «кофейной гущи», которые расценены как синдром Маллори - Вейсса. Симптомы . абдоминального неблагополучия развились только через 5 ч после поступления, где при повторном эндоскопическом и рентгенографическом исследовании установлено наличие СРП и медиастинита. Выполнено стандартное оперативное вмешательство - ушивание дефекта пищевода двурядным швом через верхнесрединный и трансдиафрагмальный доступ и активное дренирование средостения. Несмотря на разрешающиеся явления медиастинита, активное, а потом пассивное дренирование средостения в течение 1,5 мес, сформировался пищеводно-медиастинальный свищ, который был ликвидирован методом стентирования пищевода стентом Даниша. Свиш закрылся в течение 1 мес после стентирования. Это наблюдение показывает, что при развитии пищеводномедиастинального свища после СРП имеются показания для проведения стентирования в наиболее ранние сроки.

## Выводы:

- 1. Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода) обычно возникает после переедания, приема алкоголя и рвоты, чаще у людей, страдающих хиатальной грыжей.
- 2. Диагноз при СРП устанавливается на основании эндоскопических и лучевых (рентгенография, РКТ) методов исследований.
- 3. Методом выбора при лечении СРП является ушивание разрыва пищевода с активным дренированием средостения, формированием гастростомы или трасназальное зондирование желудка для кормления.
- 4. При формировании пищеводного свища показано внутрипищеводное стентирование.

**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. *Рудин, Э.П.* Повреждение пищевода: учеб. пособие / Э.П. Рудин. М.: Центральный институт усовершенствования врачей, 1989. 32 с.
- Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – С.340–352.
- 3. *Мищенко, Н*. Синдром Бурхаве / Н. Мищенко// Здоровье Украины. 2010. № 2. С.17.
- 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.
- Кочупов, В.П. Случай успешного лечения спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхаве) / В.П. Кочупов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2011. – № 4. – С.108–110.
- Рабаданов, К.М. Спонтанный разрыв пищевода / К.М. Рабаданов // Хирургия. 2014. № 6. С.81–83.
- Первый опыт применения эндоскопической вакуумноаспирационной терапии в лечении спонтанного разрыва пищевода (синдром Бурхаве) / В.Б. Ринчиков, А.Н. Плеханов, Б.Д. Цыбикдоржиев [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2017. – № 1. – С.136–140.
- Шестюк, А.М. Современные подходы к лечению повреждений грудного отдела пищевода / А.М. Шестюк // Новости хирургии. – 2010. – № 1. – С.30–36.

### **REFERENCES**

- Rudin EP. Povrezhdeniya pishchevoda: uchebnoye posobiye [Damage to the esophagus: Study Guide]. Moskva: Tsentr, institut usovershenstvovaniya vrachey [Moscow: Center, Institute of Advanced Medical Studies]. 1989; 32 p.
- Chernousov AF, Bogopol'skij PM, Kurbanov FS. Hirurgiya pishchevod: rukovodstvo dlya vrachej [Surgery of esophagus: a Guide for Doctors]. Moskva: Medicina [Moscow: Medicine]. 2000: 340–352.
- Mishchenko N. Sindrom Burgave [Boerhaave syndrome]. Medicinskaya gazeta «Zdorov'e Ukrainy» [Medical newspaper «Health of Ukraine»]. 2010; 2: 17.
- 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
- Kochupov VP. Sluchaj uspeshnogo lecheniya spontannogo razryva pishchevoda (sindrom Burhave) [The case of successful treatment of spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave syndrome)]. Kremlevskaya medicina; Klinicheskij vestnik [Kremlin medicine; Clinical Herald]. 2011; 4: 108–110.
- Rabadanov KM. Spontannyj razryv pishchevoda [Spontaneous rupture of the esophagus]. Hirurgiya [Surgery]. 2014; 6: 81–83.
- Rinchikov VB, Plekhanov AN, Cybikdorzhiev BD et al. Pervyj opyt primeneniya endoskopicheskoj vakuumno-aspiracionnoj terapii v lechenii spontannogo razryva pishchevoda (sindrom Burhave) [The first experience of the use of endoscopic vacuum-aspiration therapy in the treatment of spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave's syndrome)]. Byulleten' VSNC SO RAMN [Bulletin of the WCSC of the Russian Academy of Medical Sciences]. 2017; 1: 136–140.
- Shestyuk AM. Sovremennye podhody k lecheniyu povrezhdenij grudnogo otdela pishchevoda [Modern approaches to the treatment of thoracic esophagus rupture]. Novosti hirurgii [Surgery news]. 2010; 1: 30–36.