

Министерство здравоохранения Московской области

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

Московской области

Московский областной научно-исследовательский

клинический институт им. М.Ф. Владимирского

*Факультет усовершенствования врачей*

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Декан факультета

усовершенствования врачей

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

профессор **Б.В. Агафонов**

Протокол №3 от 27.11.2013 г.

## **ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА**

*Учебное пособие*

Москва

2014

Учебное пособие посвящено проблемам диагностики и особенностям тактики хирургического лечения спонтанного разрыва пищевода. Освещены проблемы диагностики и дифференциальной диагностики, принципы оказания экстренной помощи в условиях общехирургического стационара, тактика лечения в специализированном отделении.

Пособие предназначено для хирургов, реаниматологов и врачей общего профиля.

**Авторы:**

**В.С. Мазурин**, д-р мед. наук, профессор

**М.И. Прищепо**, канд. мед. наук

**П.А. Кригер**, канд. мед. наук

**А.А. Харькин**, канд. мед. наук

**А.Г. Титов**, канд. мед. наук

**А.В. Фролов**

**Рецензенты:**

**А.И. Лобаков**, заведующий кафедрой хирургии ФУВ МОНИКИ, д-р мед. наук, профессор

**А.Г. Васюкевич**, начальник отделения торакальной хирургии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, канд. мед. наук

ISBN 978-5-98511-228-3



## ВВЕДЕНИЕ

Спонтанный разрыв пищевода (СРП) впервые был описан в 1723 г. голландским врачом Boerhaave, после смерти пациента, причем в этом случае наблюдался поперечный разрыв пищевода. Первый продольный разрыв был выявлен в 1788 г. Dryden. Прижизненный диагноз СРП удалось установить Myers только в 1858 г., а первое успешное излечение описано Sencert в 1911 г.: в этом случае разрыв сообщался с брюшной полостью и был ушит из лапаротомного доступа. Только в 1947 г. **Barrett с успехом** выполнил ушивание спонтанного разрыва торакотомным доступом.

В 1961 г. Postlethwait и Sealy, по данным литературы, обобщили 300 наблюдений этой патологии. Ведущие клиники, занимающиеся этой проблемой, имеют по 10-20 наблюдений СРП. В 2012 г. теме СРП была посвящена отдельная секция на международном конгрессе по кардиоторакальной хирургии в Санкт-Петербурге. СРП является наиболее тяжелым вариантом перфорации ЖКТ и имеет ряд отличительных особенностей от других повреждений пищевода. Летальность при СРП остается крайне высокой, в некоторых наблюдениях превышая 90%. Единого взгляда на тактику лечения СРП в настоящее время нет. Предлагается множество вариантов ушивания разрыва, что говорит об отсутствии надежного способа герметизации дефекта пищевода в условиях острого медиастинита.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Спонтанный разрыв пищевода отличается яркой клинической картиной. В классическом варианте СРП возникает при рвоте на фоне переедания и употребления алкоголя. Предполагаемым механизмом развития разрыва являются функциональные нарушения рвотного центра на фоне опьянения. При спазмированном привратнике происходит массивный выброс желудочного содержимого в пищевод, но верхний пищеводный сфинктер при этом не открывается, внутрипищеводное давление резко повышается и стенка пищевода рвется.

Описаны наблюдения спонтанного разрыва при эпилепсии, физическом напряжении, рвоте в послеоперационном периоде и даже во время сна. Среди фоновых заболеваний авторы отмечают полиомиелит, заболевания центральной нервной системы. Возможно, предрасполагающим фактором спонтанного разрыва пищевода являются изменения в мышечном слое стенки пищевода (лекарственный эзофагит, пептическая язва пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, инфекционные язвы у больных СПИДом), поскольку устойчивость к растяжению его неизменной стенки довольно высока. Однако большинство авторов считают, что СРП – это повреждение ранее неизмененного пищево-

да (Ю.Е. Березов, 1965). В эксперименте (у трупа) среднее давление, при котором происходит разрыв пищевода, составляет 19,3 см рт. ст. на 1 см<sup>2</sup>. При микроскопическом исследовании зоны разрыва отмечается лейкоцитарная инфильтрация и деструкция эпителия, однако данные изменения, по-видимому, являются следствием быстро прогрессирующего воспаления в зоне разрыва (В.Х. Василенко, 1974).

До сих пор неясно, является ли СРП вариантом синдрома Меллори–Вейса, поскольку локализация и возникновение повреждения пищевода при рвоте сходны. В то же время превалирует мнение, что при СРП разрыв начинается с мышечной оболочки, распространяясь затем на слизистую, а при синдроме Меллори–Вейса происходит первичный разрыв слизистой с распространением на подслизистый слой. Складывается впечатление, что прямой связи между двумя этими заболеваниями нет, поскольку синдром Меллори–Вейса – достаточно распространенная нозология, а СРП встречается крайне редко. Отмечены единичные случаи сочетания СРП и синдрома Меллори–Вейса. Большинство больных – мужчины.

Причиной рвоты довольно часто служат различные острые хирургические заболевания, что значительно затрудняет диагностику СРП. Однако сильнейшая боль у этих больных всегда возникает непосредственно при рвоте (даже однократной). В литературе описаны единичные случаи сочетания СРП и других заболеваний, приводящих к рвоте. Однако, по нашим данным, лишь у 6 из 24 больных (25%) рвота была на фоне переедания и алкогольного опьянения. Из других 18 пациентов в двух случаях рвота возникла на фоне пищевой токсикоинфекции, в остальных – при различных хирургических заболеваниях: на фоне острого панкреатита (3), гангренозного холецистита (1); язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с пилородуоденальным стенозом (6); язвы антрального отдела желудка, осложненной профузным кровотечением (1), перфорацией (2); желудочно-кишечным кровотечением из острых язв двенадцатиперстной кишки (2); рака поджелудочной железы (1). Во всех случаях сочетание двух нозологий привело к задержке диагностики основного заболевания или СРП более чем на сутки, что значительно ухудшило общее состояние больных и прогноз жизни. Таким образом, сочетание СРП и острой хирургической патологии не является редкостью.

Во всех случаях СРП сразу развивается задний гнойный медиастинит, течение которого крайне агрессивно, поскольку совершается массивное затекание кислого желудочного содержимого и пищевых масс в клетчатку средостения. Уже через несколько часов после разрыва происходит перфорация или расплавление медиастинальной плевры, развивается гидронефротакс, состояние больного резко ухудшается. Чаще всего рвется левая заднебоковая стенка, поэтому и рентгенологические изменения

регистрируются в левом гемитораксе. После дренирования плевральной полости возможно появление пищевых масс по установленной трубке. На фоне проведения интенсивной терапии может наступить некоторая стабилизация состояния, явления воспаления уменьшаются, начинается формирование эзофагоплевроторакального свища. В редких случаях, при отключенном пищеводе (стентирование пищевода, назогастральный зонд или гастростомия) и адекватном дренировании плевральной полости возможно самостоятельное закрытие дефекта пищевода. Однако в большинстве наблюдений сохраняются явления гнойной интоксикации и сепсиса, нарастает полиорганная недостаточность, что и приводит к смерти больных. Только ушивание дефекта пищевода дает этим пациентам шанс на выздоровление.

### **ДИАГНОСТИКА**

В условиях общехирургического стационара при поступлении больного не всегда удается выявить СРП. Клинически обычно присутствует выраженный болевой синдром за грудиной и/или в левой половине грудной клетки, эпигастрии. Иногда наблюдается триада Маклера: боль в грудной клетке, наличие подкожной эмфиземы на шее и одышка. В анализах крови быстро нарастает картина острого гнойного воспаления, а затем и сепсиса.

В ранние сроки заболевания при рентгенографии грудной клетки – как в прямой, так и в боковой проекции – может отсутствовать расширение срединной тени, поскольку гнойный процесс локализуется в заднем средостении. Иногда определяется эмфизема средостения, а также мягких тканей шеи; можно заметить расширение превертебрального пространства при рентгенографии шеи по Земцову. Однако указанные изменения чаще выявляются при более высоких повреждениях пищевода или при запущенном медиастините. В дальнейшем, обычно в течение суток от момента разрыва, при рентгенографии органов грудной клетки выявляется гидроторакс, чаще – гидропневмоторакс с одной из сторон. Иногда наблюдается транслокация средостения, что говорит о развитии напряженного гидропневмоторакса, или проявлении септической пневмонии, или острой сердечной недостаточности.

Для подтверждения диагноза СРП наиболее информативным является полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастом, при котором выявляется затекание контраста за пределы стенки пищевода в средостение или плевральную полость (рис. 1). Вытекание контраста через разрыв происходит по нижнему краю, поэтому оценить его истинную протяженность не всегда возможно.



**Рис. 1.** Гидропневмоторакс слева и затек контраста за пределы пищевода в левую плевральную полость

В сложных дифференциально-диагностических случаях возможно контрастирование пищевода и желудка бариевой взвесью. К сожалению, состояние больных не всегда позволяет выполнить рентгеноконтрастное исследование.

Появление после дренирования плевральной полости отделяемого с примесью желчи и пищи делает диагноз СРП несомненным. Чаще плевральный экссудат имеет гнойный, мутный или геморрагический характер, что дает возможность определить диагностику только осложнений СРП и трактуется как плеврит или эмпиема плевры. При подозрении на разрыв пищевода нужно дать больному выпить 200-300 мл воды, окрашенной метиленовой синькой или раствором бриллиантовой зелени (в положении сидя и лежа, с поворотами с боку на бок), при этом поступление по плевральному дренажу окрашенной жидкости сразу позволит установить диагноз.

Вторым обязательным этапом предоперационного обследования является проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Следует помнить, что эндоскопическое исследование при подозрении на СРП возможно только на фоне дренированной левой плевральной полости, поскольку инсuffляция воздуха может привести к развитию напряженных пневмомедиастинума или пневмоторакса и остановке кровообращения во время исследования. При адекватном дренировании плевральной полости пассивным дренажем диаметром не менее 20 Fr, подключенным к двухбаночной системе Боброва, осложнений ЭГДС у нас не возникло ни в одном случае. Задачами ЭГДС являются уточнение локализации и размеров разрыва, расстояние его от зоны пищеводно-желудочного перехода, наличие других разрывов, не выявленных при рентгенологическом исследовании.

Считаем обязательным осмотр желудка и двенадцатиперстной кишки на предмет наличия сочетанной патологии, особенно стенозирования пилородуоденальной зоны, поскольку от этого зависит выбор оперативного доступа. При ЭГДС, как и при рентгенологическом исследовании, истинную протяженность разрыва оценить трудно, поскольку происходит сброс воздуха в плевральную полость и просвет пищевода полностью не открывается. Обычно четко визуализируется только нижний край разрыва (рис. 2 и 3).



**Рис. 2.** ЭГДС: дефект пищевода



**Рис. 3.** ЭГДС: дефект пищевода больших размеров

Наилучшим способом визуализации осложнений СРП, протяженности разрыва является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) грудной клетки с контрастированием пищевода и желудка. При МСКТ уточняется распространенность медиастинита, наличие недренированных плевральных и средостенных жидкостных коллекторов, выраженность легочных осложнений (рис. 4).



**Рис. 4.** МСКТ грудной клетки: сформировавшийся затек через дефект стенки пищевода и ограниченное осумкование жидкости в левой плевральной полости

Дифференциальная диагностика СРП проводится с перфорацией полого органа брюшной полости (преимущественно язвы желудка, двенадцатиперстной кишки), синдромом Меллори–Вейса, острым панкреатитом и холециститом, пневмонией, эмпиемой плевры, инфарктом миокарда, ТЭЛА, разрывом аневризмы аорты.

Приведем анализ запоздалой диагностики СРП у 15 больных.

Все больные поступили в МОНИКИ не в первые сутки от начала заболевания. Несмотря на наличие у них в анамнезе ряда патогномичных симптомов (интенсивной боли в эпигастрии и/или за грудиной, связанной со рвотой, гидро- и пневмогидроторакса, пневмомедиастинума и/или подкожной эмфиземы), диагноз СРП был установлен в сроки от 3-х до 23-х суток от момента разрыва. При поступлении в стационар 7 больным (47%) был установлен диагноз перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, в связи с чем в двух случаях проводилась лапароскопия, в 5 – лапаротомия, и даже после этого правильный диагноз был установлен лишь у одного пациента. В одном наблюдении проводилось консервативное лечение желудочно-кишечного тракта, развился делирий (повидимому, интоксикационного генеза), больная переведена в психиатрический стационар. Явления делирия купировались, выявлен гидроторакс слева. На 3-и сутки пациентка переведена в хирургическое отделение, где ей выполнено дренирование левой плевральной полости и лечение эмпиемы плевры, и только на 4-е сутки от начала заболевания заподозрен СРП. Еще 6 больных (40%) лечились в терапевтических отделениях с диагнозами: острый инфаркт миокарда, ТЭЛА, пневмония, осложненная эмпиемой плевры, острый гастрит. Запоздалая диагностика СРП затягивала оказание специализированной медицинской помощи, значительно ухудшала общее состояние больных и прогноз жизни.

## ЛЕЧЕНИЕ

Способ лечения СРП зависит от локализации разрыва (верхний, средний или нижний отдел пищевода), его протяженности, сроков установления диагноза, степени развития гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности. В настоящее время большинство исследователей предлагают проводить попытки ушивания пищевода вне зависимости от сроков от начала заболевания.

При наличии острого гнойного медиастинита и/или эмпиемы плевры рекомендуют различные варианты операций – от экстирпации пищевода до лечения дренированием. Летальность при лечении дренированием достигает 73-90%.

Нет единого мнения о хирургическом доступе. Еще Ю.Е. Березов в 1965 г. считал единственно возможным вариантом лечения спонтанного разрыва – ушивание его из левостороннего торакотомного доступа сразу после установления диагноза (в течение 24 часов). Ушивание пищевода выполняют также лапаротомным доступом, абдоминоцервикальный доступ применяется для экстирпации пищевода. Предлагаются варианты укрепления линии шва пищевода прядью сальника, участком диафрагмы, перикардом, мышечным лоскутом или плеврой.

Так как чаще всего разрыв пищевода происходит по заднебоковой стенке в нижней его трети, то основным и наиболее эффективным способом лечения считается лапаротомия, ушивание пищевода с укрытием зоны разрыва фундопликационной манжетой.

В условиях общехирургического стационара при выявлении СРП первым этапом экстренной помощи является адекватное дренирование плевральной полости со стороны пневмогидроторакса и установка назогастрального зонда. Установка зонда у данной группы больных безопасна, поскольку даже при его попадании через дефект пищевода в плевральную полость дренажная функция зонда сохраняется. Выполнение гастростомии, рекомендованной рядом авторов, не оправданно, поскольку в экстренной ситуации назогастральная декомпрессия желудка достаточна, а наличие гастростомы в дальнейшем делает невозможным использовать желудок для пластики пищевода.

Интенсивную консервативную терапию проводят в условиях реанимационного отделения. Пациентов с СРП необходимо сразу лечить как больных хирургическим сепсисом, распространенным гнойным анаэробным процессом в средостении и плевральных полостях, перикардитом. Поэтому стартовая антимикробная терапия начинается с введения антибиотиков широкого спектра действия последних генераций: карбопенемы в сочетании с линезолидом; защищенные пенициллины или цефалоспорины 4-5-го поколений в сочетании с метронидазолом и аминогликозида-

ми. После выполнения указанных манипуляций больной должен быть в кратчайшие сроки переведен в специализированное отделение.

При выявлении СРП интраоперационно при лапаротомии выполняют широкую сагиттальную диафрагмотомию по Савиных, ревизию заднего средостения. При локализации разрыва в «типичном» месте – по левой стенке наддиафрагмального сегмента пищевода – целесообразно провести ушивание разрыва и фундопликацию. Для этого выполняют мобилизацию нижнегрудного отдела пищевода, обычно до бифуркации трахеи, осматривают все стенки пищевода для выявления других возможных повреждений. Необходимо четко визуализировать верхний край разрыва, протяженность которого обычно составляет 2-4 см. Ушивание дефекта пищевода проводят в продольном направлении на толстом желудочном зонде. Слизистую оболочку восстанавливают непрерывным рассасывающимся швом, мышечную – отдельными швами. При выраженном отеке стенки пищевода и ослизнении краев разрыва допустимо ушить дефект через все слои отдельными узловыми швами. Вторым важным этапом является укрытие зоны ушивания пищевода стенкой желудка. Для этого рассекают малый сальник в бессосудистой зоне и пересекают желудочно-селезеночную связку от диафрагмы до нижнего полюса селезенки. Мобилизация кардиального отдела и дна желудка должна быть достаточной для надежной фундопликации. Циркулярную фундопликационную манжету формируют в заднем средостении, верхний ее край должен быть фиксирован к стенке пищевода выше пищеводных швов. Через диафрагмотомию проводят санацию и дренирование левой плевральной полости отдельной трубкой, выведенной выше диафрагмы по передне-среднеподмышечной линии в 7-8-м межреберье. Низводить пищевод с манжетой ниже диафрагмы не обязательно, поскольку необходимо избегать натяжения тканей. Диафрагмотомию частично ушивают до уровня желудочной манжеты. Нецелесообразно чрезмерно проводить дренажи в клетчатку заднего средостения, поскольку на фоне нарушений микроциркуляции в стенке желудка быстро образуются пролежни его стенки. Лапаротомию заканчивают установкой дренажных трубок в подпеченочное пространство к окну диафрагмы, избегая их давления на стенку желудка и левое поддиафрагмальное пространство. Обязательно оставляют назогастральный зонд для декомпрессии.

При сочетании СРП с другими хирургическими заболеваниями ЖКТ выбор хирургического пособия индивидуален. Например, при наличии язвенного стеноза пилородуоденальной зоны требуется проведение операции, дренирующей желудок.

Во всех случаях СРП проводится интенсивная предоперационная подготовка больного с коррекцией органических и функциональных нарушений в условиях реанимационного отделения. Подготовка должна быть направле-

на на стабилизацию гемодинамического состояния и уменьшение степени воспалительных явлений в стенке пищевода, средостении, плевральной полости. Для временной герметизации дефекта пищевода возможна установка саморасширяющегося стента с нерассасывающимся покрытием. Энтеральное питание осуществляется с первого дня через назоэнтеральный зонд, проведенный эндоскопически.

При отсроченной операции выбор доступа и объем операции также зависит от размеров дефекта и состояния желудка, а сроки ее проведения – от степени выраженности воспалительных изменений в стенке пищевода, средостении, плевральной полости.

В нашей клинике за последние 6 лет 15 больных были оперированы лапаротомным доступом, 1 – торакотомным, 1 – тораколапаротомным. Ушивание разрыва пищевода выполнено у 16 больных, в одном наблюдении ушивание не выполнялось. Наличие сочетанной патологии потребовало выполнения дополнительных операций: холецистэктомии – 1, резекции желудка – 2, формирования обходного гастроэнтероанастомоза – 1, ушивания кровоточащей перфоративной язвы антрального отдела желудка – 1, ушивания острых перфоративных язв двенадцатиперстной кишки – 1.

### **ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА**

Все больные СРП нуждаются в послеоперационном лечении в условиях реанимационного отделения. Требуется проведение детоксикационной терапии, в том числе различных способов экстракорпоральной детоксикации с контролем уровня прокальцитонина и количественным определением С-реактивного белка. Массивную антимикробную терапию корректируют по результатам посевов из полостей и крови. Наряду с парентеральным питанием сбалансированными смесями осуществляется раннее энтеральное питание по назоэнтеральному, а иногда и по назогастральному зонду. По плевральным двухходовым дренажам осуществляется активное промывание и санация средостения и плевральной полости с последующим пассивным дренированием. При длительной ИВЛ выполняется трахеостомия, которая обеспечивает наилучшие возможности для адекватной санации трахеобронхиального дерева.

Необходимо отметить, что у всех наших больных развились различные послеоперационные осложнения. Несостоятельность зоны ушивания пищевода наблюдалась в двух случаях (13%). Наиболее частыми осложнениями являлось образование пролежней стенки желудка дренажами (обычно на 5-7-е сутки) и перфорации острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с крайней тяжестью состояния больных, диагностика осложнений затруднена, основным их проявлением являлось ухудшение общего состояния и нарастание интоксикации. Поступление различных

красителей, введенных через зонд или через рот, или рентгенологического контраста по плевральным или средостенным дренажам происходит не всегда, поскольку дренажи при их длительном стоянии отграничиваются. Для выявления осложнений наиболее информативным является МСКТ.

Летальность у больных СРП, по данным литературы, составляет от 25 до 90% и во многом определяется временем, прошедшим с момента разрыва пищевода до операции. У наших больных летальность составила 25%. Все умершие были оперированы без предварительной инфузионной подготовки, у одного больного операция выполнялась после остановки сердечной деятельности и реанимационных мероприятий, у трёх пациентов отмечалась сочетанная патология органов брюшной полости (гангренозный холецистит, субкомпенсированный язвенный пилородуоденальный стеноз, декомпенсированный язвенный стеноз с перфорацией язвы и перитонитом).

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Спонтанный разрыв пищевода – редкое заболевание, однако в настоящее время уже не являющееся казуистикой.

2. Трудности диагностики связаны в первую очередь с отсутствием информированности врачей. Во всех случаях сочетания рвоты (даже однократной) и интенсивного болевого синдрома в верхних отделах живота и/или за грудиной следует заподозрить СРП. При развитии гидропневмоторакса слева и поступлении желудочного содержимого по плевральному дренажу диагноз СРП становится несомненным.

3. СРП нередко сочетается с острой хирургической патологией, в основном с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. При выявлении СРП необходимо выполнить адекватное дренирование соответствующей плевральной полости и зондовую декомпрессию желудка, после чего в кратчайшие сроки перевести больного в специализированное отделение.

5. Оптимальным способом оперативного лечения СРП является ушивание дефекта пищевода из лапаротомного доступа (при возможности) с укрытием швов пищевода циркулярной фундопликационной манжетой.

6. Окончательный выбор доступа и способа операции определяется в процессе подготовки больного и зависит от степени выраженности гнойно-некротических изменений в стенке пищевода и средостении, наличия сочетанной патологии, локализации и протяженности разрыва.

7. В связи с крайней тяжестью заболевания, высоким риском развития различных послеоперационных осложнений и высокой летальностью лечение СРП предпочтительно осуществлять в специализированном отделении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Плаксин С.А.* Хирургическая тактика и результаты лечения спонтанного разрыва пищевода // Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии / Материалы 2-го Международного конгресса. СПб., 2012. С. 76.
2. *Погодина А.Н., Николаева Е.Б.* Диагностика и лечение спонтанного разрыва пищевода // Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии / Материалы 2-го Международного конгресса. СПб., 2012. С. 313.
3. *Пушкин С.Ю.* Хирургический доступ при синдроме Бурхаве // Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии / Материалы 2-го Международного конгресса. СПб., 2012. С. 77.
4. *Сулиманов Р.А., Новиков В.Д.* Опыт лечения спонтанного разрыва пищевода // Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии / Материалы 2-го Международного конгресса. СПб., 2012. С. 78.
5. *Тимербулатов В.М., Нартайлаков М.А., Авзалетдинов А.М., Тимербулатов Ш.В.* Спонтанный разрыв пищевода // Груд. и серд.-сосуд. хир. 2009. №2. С. 34.
6. *Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Кутепов А.В.* Диагностика и лечение спонтанного разрыва пищевода // Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии / Материалы 2-го Международного конгресса. СПб., 2012. С. 82.

## ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие гнойные осложнения наиболее характерны для СРП?
  - а) перитонит
  - б) медиастинит
  - в) забрюшинная флегмона
  - г) эмпиема плевры
  - д) поддиафрагмальный абсцесс
2. В какие сроки обычно развивается рентгенологическая картина гидропневмоторакса при СРП?
  - а) непосредственно при разрыве
  - б) через 12-24 ч
  - в) через 24-48 ч
  - г) через 2-3 суток
  - д) после 5-7 суток
3. Какие antimicrobные препараты наиболее целесообразно применять в 1-й линии лечения СРП?
  - а) пенициллины
  - б) цефалоспорины 1-2 поколения
  - в) карбопенемы
  - г) линезолид
  - д) цефалоспорины 3-4 поколения
4. Какие неотложные лечебные мероприятия необходимо выполнить в первую очередь при выявлении СРП?
  - а) ушивание разрыва пищевода
  - б) дренирование заинтересованной плевральной полости
  - в) дренирование средостения
  - г) установка назогастрального зонда
  - д) проведение ультрагемофильтрации
5. Для подтверждения диагноза СРП наиболее информативным является:
  - а) рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастом
  - б) эзофагоскопия
  - в) рентгенография шеи по Земцову
  - г) рентгенография грудной клетки
  - д) лапароскопия

6. Наилучшим способом визуализации осложнений СРП и протяженности разрыва является:

- а) рентгенография грудной клетки
- б) эзофагоскопия
- в) КТ грудной клетки с контрастированием пищевода
- г) рентгеноскопия пищевода

7. Какой способ укрытия зоны ушивания разрыва нижней трети пищевода является наиболее надежным?

- а) фундопликационной манжетой
- б) лоскутом плевры
- в) лоскутом перикарда
- г) лоскутом диафрагмы
- д) прядью большого сальника

8. Какие симптомы составляют триаду Маклера?

- а) боль в грудной клетке
- б) шейная эмфизема
- в) одышка
- г) тахикардия
- д) гипотензия

9. Какой доступ наиболее часто используется при разрыве наддиафрагмального сегмента пищевода?

- а) торакотомия слева
- б) лапаротомия
- в) абдоминоцервикальный доступ
- г) тораколапаротомия
- д) кольярная медиастинотомия

10. Какие заболевания наиболее часто имитируют СРП?

- а) перфоративная язва желудка, двенадцатиперстной кишки
- б) эмпиема плевры
- в) ахалазия кардии
- г) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- д) спонтанный пневмоторакс

### ОТВЕТЫ

1 – б, г; 2 – в; 3 – в, г, д; 4 – б, г; 5 – а, б; 6 – в; 7 – а; 8 – а, б, в; 9 – б; 10 – а, б.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Московской области  
Московский областной научно-исследовательский  
клинический институт им. М.Ф. Владимирского  
(129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2)

## ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА

*Учебное пособие*

Редактор: Л.И. Шахриманьян  
Корректор: Ю.Н. Мачульская  
Оригинал-макет: Л.Н. Ситникова

ISBN 978-5-98511-228-3



---

Подписано в печать 24.03.2014 г. Тираж 200 экз. Заказ №12/14  
Отпечатано в МОНИКИ