

## ОРГАНОСЪХРАНЯВАЩО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЯТРОГЕННА ПЕРФОРАЦИЯ НА ХРАНОПРОВОДА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

С. Сопотенски<sup>1</sup>, З. Антонова<sup>2</sup>, Г. Гарванска<sup>3</sup>, А. Червеняков<sup>1</sup> и И. Сопотенска<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Първа хирургична клиника, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – София

<sup>2</sup>Клиника по детска хирургия, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – София

<sup>3</sup>Клиника по образна диагностика, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – София

<sup>4</sup>Отдел „НДСК и връзки с МУ – София“, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – София

## ORGAN-INDULGENT TREATMENT OF IATROGENIC PERFORATION OF THE OESOPHAGUS: CLINICAL CASE REPORT

S. Sopotensky<sup>1</sup>, Z. Antonova<sup>2</sup>, G. Garvanska<sup>3</sup>, A. Tcherveniyakov<sup>1</sup> and I. Sopotenska<sup>4</sup>

<sup>1</sup>First Surgical Clinic, UMHATEM N. I. Pirogov – Sofia

<sup>2</sup>Children's Surgical Clinic, UMHATEM N. I. Pirogov – Sofia

<sup>3</sup>Clinic of Diagnostic Imaging, UMHATEM N. I. Pirogov – Sofia

<sup>4</sup>Department of Scientific Study and Postgraduate Training, UMHATEM N. I. Pirogov – Sofia

<p><b>Резюме:</b></p> <p><b>Ключови думи:</b></p> <p><b>Адрес за кореспонденция:</b></p>	<p>Съществуват множество причини за лезия (перфорация) на хранопровода, като основна предпоставка за това са предхождащи морфологични изменения в резултат на различна патология. Макар и рядко срещано, това състояние може да доведе до редица усложнения, включително летален изход. Представяме случай на пациент с данни за ахалазия на кардията, приет за лечение след двукратно проведена фиброгастроскопия, довела до лезия на хранопровода. Извършена е отворена органосъхраняваща оперативна интервенция за възстановяване целостта на хранопровода, третиране на получените усложнения и кардиомиотомия с приложение на фибриново лепило за преодоляване стенозата в дисталната част на хранопровода. Специален акцент е поставен върху оперативната техника.</p> <p>лезия на хранопровода, фиброгастроскопия, ахалазия</p> <p><i>Д-р Стоян Ст. Сопотенски, дм, Първа хирургична клиника, УМБАЛСМ "Н. И. Пирогов", бул. "Едуард Тотлебен" № 21, 1606 София, тел. 0888 222 415, e-mail: sopotensky@abv.bg</i></p>
<p><b>Summary:</b></p> <p><b>Key words:</b></p> <p><b>Address for correspondence:</b></p>	<p>There is a wide variety of factors that may cause a perforation of the oesophagus. Main premise for that condition are the preexisting morphological changes due to different pathologies. Even seldom observed in the daily practice, the esophageal perforation often leads to multiple complications including death. We present a clinical case report of a patient with symptoms of achalasia of the gastric cardia after two fiberoptic gastroscopies performed elsewhere which has resulted in a perforation of the oesophagus. An open surgical intervention is conducted in three main directions: restoration of the integrity of the oesophagus, treatment of complications and cardiomyotomy with an application of fibrin glue to overcome the distal stenosis. A special emphasis is put on the operative technique that we have applied.</p> <p>perforation of the oesophagus, gastroscopy, achalasia</p> <p><i>Stoyan St. Sopotensky, MD, PhD, First Surgical Clinic, UMHATEM "N. I. Pirogov", 21 Eduard Tottleben Blvd., Bg – 1606 Sofia, tel. + 359 888 222 415, e-mail: sopotensky@abv.bg</i></p>

### ВЪВЕДЕНИЕ

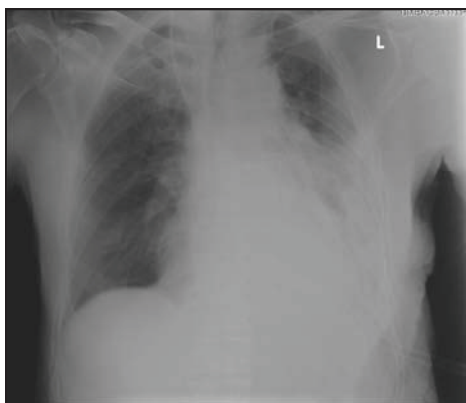
Лезията (перфорацията) на хранопровода при фиброгастроскопия е относително рядко усложнение, което може да настъпи при подлежащи морфологични промени в стената на хранопровода – дилатация, стеноза, корозивни промени, възпалителни промени, тумори и

вродени аномалии [1-3]. Друга възможна причина е недостатъчният опит на провеждащия изследването лекар [2], както и липсата на съдействие от страна на пациента. Своевременното откриване на лезията е от ключово значение за положителен резултат от лечението [4, 5].

### КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме случай на 67-годишен пациент с оплаквания от затруднено преглъщане и редуция на теглото (около 10 kg за 1 година), по повод на което е проведена двукратно фиброгастроскопия в стационарен порядък. При проведеното фиброоптично изследване е установена силна дилатация на хранопровода и затруднения при преминаването на апарата през кардията за достигане до стомаха; при повторната фиброгастроскопия е получена ятрогенна лезия на хранопровода. Рентгенологично е установен пневмоторакс и плеврален излив в лявата гръдна половина, което наложило поставянето на гръден дренаж, като е проведено антибиотично лечение. Направен е опит за поставяне на саморазгъващ се езофагеален стент с цел покриване на перфорацията, който се е оказал неуспешен поради големия размер на дефекта.

Пациентът постъпва в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – София, 20 дни след получаването на лезията на хранопровода. При приемането му е установен емпием в лявата гръдна половина, фебрилитет до 38,5° C, стабилна хемодинамика при артериално налягане 130/70 mm Hg и сърдечна честота 88 уд./мин; отслабено до липсващо дишане в лявата гръдна половина под нивото на шестото ребро. От направените образни изследвания (фиг. 1) се визуализират разгнати и добре просветляващи белодробни полета вдясно; вляво се наблюдава значителен плеврален излив и изразена ателектаза, базално – хиповентилация. Наличен е плеврален дренаж вляво.



Фиг. 1. Състояние на пациента при приемането му в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – лява рентгенография

От лабораторните показатели при постъпването: левкоцити – 12.7 G/L, лимфоцити – 11.4%, гранулоцити – 84%, еритроцити 3,97 T/L, хемоглобин – 123 g/L, общ белтък 61 g/L, албумин 22 g/L.

#### Оперативен подход

Под обща инхалационна анестезия с разделна интубация предоперативно е извършена

фиброгастроскопия с поставяне на перкутанна ендоскопска гастростома (ПЕГ) за постоперативно ентерално хранене на болния. В дясно странично положение е извършена предностранична торакотомия през седмо междуребрие. Установена е облитерация на плевралната кухина и задебеляване на париеталната и висцералната плевра до 1 cm. След отпрепарирание на хранопровода (дилатиран проксимално от нивото на кардията) и освобождаване на адхезиите между белия дроб и гръдната стена и белия дроб и диафрагмата, е идентифицирана надлъжна лезия на хранопровода с размер 5 cm. Континуитетът на хранопровода е възстановен с продължителен шев на два етажа с 4/0 монофиламентен конец PDS. Дистално от лезията в установената стеснена част на хранопровода е извършена кардиомиотомия, покрита с фибриново лепило. С фибриново лепило е покрита и сутурата на хранопровода. Поставени са три гръдни дренажа на модериран вакуум (впоследствие са свалени в срок). Започната е емпирична терапия с Meronem (1,5 g на 8 h), Flagyl (500 mg на 8 h), Clexan 0,4, както и парентерално хранене с Kabiven, водно-солеви и глюкозни разтвори. След проведено микробиологично изследване и изолиран полирезистентен щам на *Acinetobacter baumannii*, антибиотичната терапия е прецизирана и продължена с Tugasil (1 g на 12 h) до нормализиране на хематологичните показатели – левкоцити – 7.6 G/L, лимфоцити – 23.7%, гранулоцити – 72.2% и трайно отсъствие на фебрилитет.

На 26-ия ден е проведено контролно рентгеноконтрастно изследване на хранопровода и стомаха, при което се установява проходим за контрастната материя хранопровод, без данни за добавени сенки или депа на контраст извън очертанията му; кардията пропуска свободно, стомахът е с гладки, резки очертания (фиг. 2).



Фиг. 2. Контролно рентгеноконтрастно изследване 26 дни след проведената оперативна интервенция

**ОБСЪЖДАНЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Лезиите на хранопровода са относително редки в клиничната практика, но често довеждат до летален изход в резултат на развиващ се медиастенит и сепсис при болните. Правилното поведение при лечението на подобен род пациенти включва незабавно дрениране на медиастинума и плевралната кухина в областта на лезията [4] и провеждане на адекватна антибиотична и субституираща терапия. В литературата е потвърдена важноста на доброто дрениране и поставяне на ПЕГ за провеждане на ранно ентерално хранене на пациентите [3], което съпада с нашия подход при този пациент. От друга страна, изборът за поставяне на стент, шев или употреба на фибриново лепило зависи най-вече от размера на лезията [1].

Органосъхраняващият подход със запазване на хранопровода и възстановяване на неговата цялост е основната ни стратегия при оперативни намеси върху тази част от храносмилателна-

та система. При добре прецизирани показания неговото прилагане е възможно и особено резултатно, демонстрация на което е представеният клиничен случай.

**Библиография**

1. Al Ghossaini N, Lucidarme D, Bulois Ph. Endoscopic treatment of iatrogenic gastrointestinal perforations: An overview. Dig Liver Dis 2014; 46(3):195-203.
2. Dawson J, Cockel R. Oesophageal perforation at fibreoptic gastroscopy. Br Med J (Clin Res Ed) 1981; 283(6291): 583.
3. Foster JH, Jolly PhC, Sawyers JL, Daniel RA. Esophageal Perforation: Diagnosis and Treatment. Suthern Surgical Association. December 8 – 10, 1964, Boca Raton, Florida
4. Moghissi K, Pender D. Instrumental perforations of the oesophagus and their management. Thorax 1988; 43(8):642-6.
5. Wesdorp IC, Bartelsman JF, Huibregtse K, et al. Treatment of instrumental oesophageal perforation. Gut 1984; 25(4):398-404.

*Постъпила за печат на 26 октомври 2015 г.*



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ул. "Св. Г. Софийски" № 1, 1431 София

(02) 952-23-93, (02) 952-16-45, (02) 952-05-09, (02) 952-59-20, <http://www.mu-sofia.bg>

**АБОНАМЕНТЕН СПИСЪК – 2016**

Заглавие	Периодичност	Годишен абонамент в лв.
Acta Medica Bulgarica (на англ. език)	2	20
Акупунктура	2	14
Български медицински журнал	3	30
Детски и инфекциозни болести	2	16
Ендокринни заболявания	2	14
Медицински мениджмънт и здравна политика	4	28
Медицински преглед	6	48
Неврология и психиатрия	2	14
Обща медицина	4	32
Сестринско дело	3	24
Съвременна стоматология	2	20
Сърдечно-съдови заболявания	3	30