

БУРХАВЕ СИНДРОМИ: ҚИЗИЛҶНГАЧ СПОНТАН ЁРИЛИШНИ МУВАФФАҚИЯТЛИ ДАВОЛАШ. КЛИНИК ҲОЛАТНИНГ БАЁНИ



Рузибоев Санжар Абдусаломович¹, Кадиров Рустам Надирович^{1,2}, Хайдаров Геннадий Ахадович², Шаваз Рамиз Нуралиевич¹

1 - Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СИНДРОМ БУРХАВЕ: УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Рузибоев Санжар Абдусаломович¹, Кадиров Рустам Надирович^{1,2}, Хайдаров Геннадий Ахадович², Шаваз Рамиз Нуралиевич¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

BOERHAAVE SYNDROME: SUCCESSFUL TREATMENT OF SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE. A CASE REPORT

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich¹, Kadirov Rustam Nadirovich^{1,2}, Khaidarov Genady Akhadovich², Shavazi Ramiz Nuraliyevich¹

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақолада қизилҶнганнинг спонтан ёрилиши (Бурхаве синдроми) билан беморни муваффақиятли даволаш бўйича олиб борилган даволаш чора тадбирлари келтирилган. Бурхаве синдроми жарроҳлик амалиётида нисбатан кам учрайдиган ҳолатлардан бири бўлиб, диагностика ва даволашдаги муаммолар ҳали ҳам тўлиқ ўз ечимини топмаган. Беморда қизилҶнган жароҳати катталиги ва жароҳат олгандан кейинги давр узоқ эканлигини инобатга олиб, қизилҶнган жароҳати тикилиб, устидан перитонизация мақсадида Ниссен бўйича фундопликация ва ошқозонга Топровер-Кадер усулида гастростома шакллантирилди. Ўтказилган ностандарт турдаги операциянинг натижаси ижобий бўлиб, тактик ёндашув ўзини оқлади.

Калит сўзлар: қизилҶнганнинг спонтан ёрилиши (Бурхаве синдроми), диагностика ва даволаш, Ниссен бўйича фундопликация, Топровер-Кадер.

Abstract. This article describes the successful management of a patient with spontaneous esophageal rupture (Boerhaave's syndrome). Boerhaave's syndrome is a relatively rare but life-threatening condition in surgical practice, and challenges in both diagnosis and treatment remain unresolved. In the presented case, considering the size of the esophageal defect and the delayed presentation after injury, primary repair of the rupture was performed. To reinforce the repair and provide peritonization, a Nissen fundoplication was carried out, followed by the creation of a gastrostomy using the Toprover-Kader technique. The outcome of this non-standard surgical approach was favorable, demonstrating the effectiveness of the chosen treatment strategy.

Keywords: Boerhaave's syndrome, spontaneous esophageal rupture, diagnosis, surgical treatment, Nissen fundoplication, Toprover-Kader gastrostomy.

Муаммонинг долзарблиги. ҚизилҶнган механик шикастланишларини ташхислаш муаммолари, унинг асоратлари ва оқибатларини даволаш ҳозирги кунда ҳам ўта мураккаб ва долзарб муам-

мо бўлиб қолмоқда. Муаммонинг долзарблиги қизилҶнган шикастланишлари бўлган беморлар сонининг ортиб бораётганлиги, патологиянинг оғирлиги, турли хил асоратлар ва оқибатлар ри-

вожланиши, кўп босқичли операциялар ўтказиш-ни талаб қилиши билан белгиланади [1, 2, 3].

Қизилўнгачнинг спонтан ёрилиши (КСЁ), адабиётларда Бурхааве синдроми (Boerhaave's syndrome) деб ёзилган бўлиб – аввал ўзгаришсиз бўлган қизилўнгачнинг ўз-ўзидан ёрилиш ҳолатида айтилади. Адабиётларда мазкур касалликнинг кўплаб синонимлари мавжуд: спонтан ёрилиш, нотравматик ёрилиш, қизилўнгачнинг бароген ёрилиши, «банкет» синдроми ва бошқалар. Қизилўнгач спонтан ёрилиши ҳақида маълумот голланд хирурги Hermann Boerhaave (1668-1738) номи билан боғлиқ бўлиб, у 1724 йилда флот адмиралининг кўп овқат еб суюқлик ичганидан кейин қусиши натижасида қизилўнгач спонтан ёрилишини кузатиб, касаллик белгиларини батафсил баён қилган [3].

A.Dryden кўпчилиқ ҳолларда қизилўнгачнинг бўйламасига ёрилиши кузатилишини 1788 йилда ёзган бўлса, Hermann Boerhaave камдан кам учрайдиган қизилўнгачнинг кўндаланг ёрилишини баён қилди. К. Myers (1858) мазкур касалликни тирикликда ташхислашга устивор аҳамият қаратди. Қизилўнгачнинг спонтан ёрилишидан беморнинг тузалганлиги ҳақида биринчи марта 1947 й. N.W. Frink ёзган бўлиб, плевра бўшлиғини дренажлаш ҳисобига тузалганлигини баён қилган. Илгари ўзгаришсиз бўлган қизилўнгачнинг спонтан (ўз-ўзидан) ёрилиши кўпчилиқ тадқиқотчиларнинг фикрига кўра нисбатан кам учрайди ва қизилўнгач шикастланишларининг 1,7 дан 17,5% гача қисмини ташкил этади [2, 3, 4]. Қизилўнгачнинг спонтан ёрилиши (КСЁ) ҳаёт учун хавфли патологик жараён ҳисобланиб 25 дан 85% ҳолларда ўлим билан тугайди. Беморнинг яшаб кетиши касалликни ўз вақтида ташхислаб операция қилишга боғлиқ [4, 5]. Қизилўнгачнинг спонтан ёрилишида ўлим сонининг кўплиги касалликнинг хато ва кеч ташхисланиши ва ўз навбатида кеч операция қилиниши натижаси ҳисобланади [3,4,6]. Шунини айтиш лозимки, ҚСЁда ўлим кўрсаткичи охириги йилларда ҳам кам ўзгарган. Буни қизилўнгач шикастланишларининг ўз вақтида диагностикаси кийинлиги билан бир қаторда кўплаб ҳаёт учун хавфли асоратлар: йирингли медиастинит, плевра эмпиемаси, перикардит, сепсис ва полиорган етишмовчилик кабилар ривожланиши билан тушунтирилади [3, 5, 6].

Қизилўнгач шикастланишлари оғир йирингли асоратлар билан кечиб, ўлим кўрсаткичи юқори ҳисобланади ва ҳозирги даврда бу 26-66% ни ташкил этади. Қизилўнгачнинг механик шикастланишларини даволашда ўтган йилларда сезиларли муваффақиятларга эришилди. Н.В.Склифосовский номидаги Москва шаҳри клиникасининг маълумотларига кўра қизилўнгач механик травмаларини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш, янгича даволаш усулларининг

жорий қилиниши натижасида ўлим кўрсаткичи 13,4% гача камайган [3].

Бирок қизилўнгач механик шикастланишларининг асоратлари ва оқибатларини ўрганиш, уларнинг профилактикаси ва даволаш усулларини ишлаб чиқиш, қизилўнгач ёрилишларининг жаррохлик усулида даволашни такомиллаштириш, ўлим кўрсаткичини камайтириш чора тадбирларини ишлаб чиқиш долзарблигича қолмоқда.

Мазкур иш асосида РШТЁИМ Самарқанд филиали №1 хирургия бўлимида 2024-2025 йилларда қизилўнгач механик шикастланишлари ва унинг асоратлари билан комплекс текширилган ва даволанган беморларни даволаш натижалари таҳлили олинган. Қизилўнгач механик шикастланишларининг кенг тарқалганлиги мазкур муаммони қайта кўриб чиқишни тақозо қилади. Шикастланиш характери хилма хиллигига қарамадан, қизилўнгач механик шикастланишларининг асоратлари ва оқибатларини даволашнинг умумий жиҳатлари кўп: бу тўлақонли сифатли озиклантириш, йирингли асоратларни даволаш, ўткир жараён бартараф бўлгач реконструктив жаррохлик амалиётлари ўтказиш кабилар.

Бизнинг ушбу мақоламизда кўриб чиқиладиган ҳолатлар ҳар бир жаррохнинг иш фаолиятида учраши мумкин бўлиб, ушбу контингент беморлар бирданига ихтисослаштирилган даволаш муассасаларига мурожаат этиб келишмайди. Вилюятларнинг узок туманларидаги шошилишчи тиббий ёрдам бўлимларига келиб тушган беморларга ҳамма вақт ҳам ўз вақтида қизилўнгачнинг спонтан ёрилиши ташхиси қўйилавермайди. Беморларнинг шикоятлари турлича бўлганлиги сабабли улар ўткир миокард инфаркти, ошқозон –ўн икки бармоқ ичак яраси перфорацияси, ўткир панкреатит каби ташхислар билан ётқизилган. Диагностик хатолар туфайли кераксиз лапаротомиялар, турли асоратлар билан марказимизга кеч олиб келинган.

Бемор Э.О. эркак киши. касаллик тарихи 13558/1654. РШТЁИМ Самарқанд филиалига 30.08.2025 мурожаат этиб келган. Анамнезидан Самарқанд вилояти туманларидан бирида 22.08.2025 куни кўкрак қафаси ва қориндаги оғриққа, умумий дармонсизликка мурожаат этиб келган. Бемор шифохонага келишидан аввал кўп миқдорда спиртли ичимлик ва овқат ейиши натижасида кўнгли айниб бир неча бор қайт қилган. Бир қанча вақт ўтгандан кейин беморнинг кўкрак қафаси пастки соҳалари ва қоринда оғриқ кучайганлиги учун туман шифохонасига мурожаат этиб келган. Бемор текширувлардан ўтказиб бўлинган “ошқозон-ўн икки бармоқ ичак яраси перфорацияси. Перитонит” ташхиси билан операцияга олинган. Операцияда қорин бўшлиғида паталогия аниқланмаган. Бемор 28.08.2025 куни уйига жавоб берилган. 30.08.2025 куни РШТЁИМ

Самарқанд филиалига мурожаат этиб келган. Беморга кўкрак қафаси рентгеноскопияси текширувида чап томонлама таранглашган гидропневмоторакс аниқланган. Кўкрак қафасининг чап томони торакоцентез амалиёти бажарилганда босим остида ҳаво ва овқат қолдиқлари чиқиб келган. Беморга сувда эрувчи “Юнигексол” контраст моддасини оғиз орқали берилганда контраст модданинг чап плевра бўшлиғига экстравазацияси аниқланди (расм 1А). Бемор зудлик билан опера-



Расм 1А. Диагностика этапи. Сувда эрувчи “Юнигексол” контраст моддасини оғиз орқали берилганда контраст модданинг чап плевра бўшлиғига экстравазацияси аниқланди

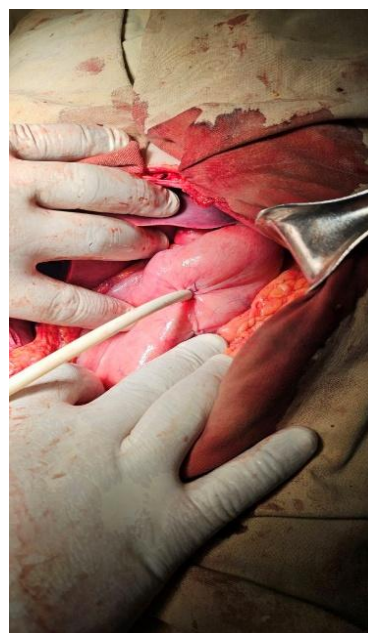
ция хонасига олиниб умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида лапаротомия қилиниб қорин бўшлиғи ревизия қилинганда қорин бўшлиғи аъзоларида паталогия аниқланмайди. Тафтиш давомида ошқозон кардиофундал қисм, қизилўнғачнинг пастки ва абдоминал қисмлари мобилизация қилинди. Қизилўнғач мобилизациясида унинг пастки учлиги чап томонида бўйламасига йўналган 5 см узунликдаги йиртилган жароҳати борлиги аниқланди (расм 1Б).



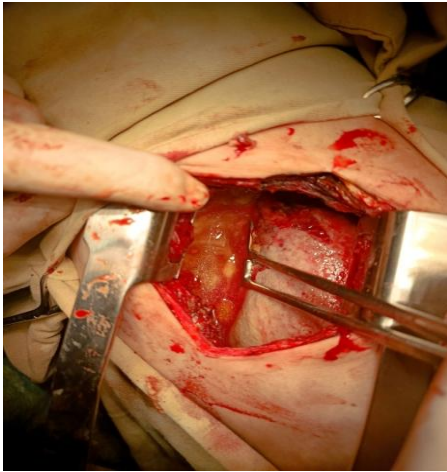
Расм 1Б. Операция этапи. Қизилўнғач мобилизациясида унинг пастки учлиги чап томонида бўйламасига йўналган 5 см узунликдаги йиртилган жароҳати борлиги аниқланди



Расм 2А. Операция этапи. перитонизация мақсадида қизилўнғач жароҳати устдидан ошқозон катта эгрилиги ва фундал қисми мобилизация қилиниб, Ниссен бўйича фундопликация операцияси бажарилди



Расм 2Б. Операция этапи. Қизилўнғачни декомпрессия ва овқат ҳазм қилиш трактдан вақтинчалик ажратиш мақсадида ошқозонга Топровер-Кадер усулида гастростома шакллантирилди



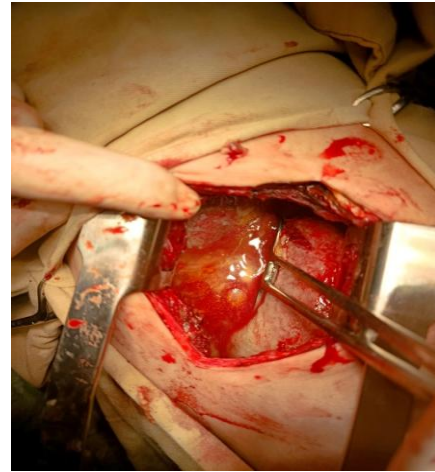
Расм 3А. Операция этапи. Торакотомияда чап томонлама плевра бўшлиғида овқат қолдиклар ва плевра варақлари қалин фибрин билан қопланган

Қизилўнғачдаги жароҳатнинг узунлиги, унинг пастки соҳасида жойлашганлигини инобатга олиб, қизилўнғач жароҳати узунасига Викрил 3.0 атравматик иплари билан тикилиб перитонизация мақсадида қизилўнғач жароҳати устдидан ошқозон катта эгрилиги ва фундал қисми мобилизация қилиниб, Ниссен бўйича фундопликация операцияси бажарилди (расм 2А).

Қизилўнғачни декомпрессия ва овқат ҳазм қилиш трактдан вақтинчалик ажратиш мақсадида ошқозонга Топровер-Кадер усулида гастростома шакллантирилди (расм 2Б). Қорин бўшлиғи жигар ости ва чап диафрагма гумбази ости соҳалари дренажланди.

Операциянинг қорин бўшлиғидаги этапи тугагач, беморга чап томонлама 5-6 қовурға оралиғидан олдинги ёнбош торакотомия қилинди. Чап плевра бўшлиғи очилганда плевра бўшлиғида кўп миқдорда овқат қолдиклари ва плевра бўшлиғининг барча соҳалари қалин фибрин билан қопланганлиги аниқланди. Плевра бўшлиғи санация қилиниб, кейинчалик плеврал лаваж мақсадида 7-8 қовурға оралиғидан *lin. axillaris anterior* ва *lin. axillaris posterior* дан торакцентез амалиёти бажарилди (расм 3А, Б).

Беморда чап томонлама тотал пиопнемоторакс ва орқа пастки медиастенит ривожланган. Операциядан кейинги даврда беморга интенсив реанимацион муолажалар: кенг спектрли антибиотиклар, инфузион терапия, плеврал бўшлиқни лаваж қилиш, гастростомадан энтерал озиклантириш, пневмониянинг профилактикаси каби чора тадбирлар олиб борилди. Операциядан кейинги давр силлиқ ўтди. Қизилўнғачга, ошқозонга қўйилган чоклар етишмовчилиги, операцион жароҳат томонидан асоратлар кузатилмади. Лекин беморда чап томонлама плевра эмпиемаси тўлиқ тузалмади, динамикада плевра лаважи ювиндиси анча тоза бўлиб қолганлиги ва беморнинг умумий аҳволи яхшиланганлигини инобатга олиб 14



Расм 3Б. Операция этапи. Торакотомияда чап томонлама тотал пиопнемоторакс ва орқа пастки медиастенит ривожланган

кундан кейин яшаш жойи туман шифохонасида стационар даволанишни давом эттириш учун жавоб берилди.

Бемор яшаш жойидаги туман шифохонасида стационар даволанишни давом эттирди. Динамикада клиник ҳолат барқарорлашди, интоксикация белгилари пасайди, тана ҳарорати меъёрлашди, лаборатор кўрсаткичларда яллиғланиш маркерлари (лейкоцитоз, С-реактив оксил) босқичма-босқич камайиб борди. Плевра бўшлиғидан ажралаётган суюқлик миқдори сезиларли қисқарди, унинг характери сероз-фибриноз тусга ўтди. Назорат рентгенологик ва ультратовуш текширувларида чап плевра бўшлиғида қолдиқ суюқлик миқдорининг камайганлиги, ўпканинг қисман экспансияси тикланганлиги қайд этилди.

Операциядан кейин 21–24 кунларда сувда эрувчи контраст модда ёрдамида қизилўнғачнинг назорат рентгенконтраст текшируви ўтказилди. Контраст модданинг медиастинум ёки плевра бўшлиғига чиқиши кузатилмади, бу эса қизилўнғач деворидаги чоклар етарлича герметиклигини тасдиқлади. Шундан сўнг гастростома орқали озиклантириш босқичма-босқич қискартирилиб, беморга аввал суюқ, кейин ярим суюқ овқат перорал тарзда бериш бошланди. Декомпрессия ва энтерал озиклантиришнинг ўз вақтида таъминланиши қизилўнғач деворига тушадиган функционал юкламани камайтириб, чоклар мустаҳкам битишига шароит яратди.

Қизилўнғачнинг спонтан ёрилишида жароҳлик тактикаси жароҳат жойлашуви, унинг ўлчами, касаллик бошланишидан ўтган вақт ҳамда асоратлар оғирлигига боғлиқ ҳолда танланади. Илмий манбаларда касаллик бошланишидан 24 соат ичида амалга оширилган бирламчи тикиш операциялари нисбатан яхши натижалар бериши қайд этилган. Кеч ташхисланган ҳолатларда эса йирингли медиастинит, плевра эмпиемаси ва сеп-

тик асоратлар ривожланиши эҳтимоли юкори бўлиб, бу кўп босқичли ва кенг қамровли жарроҳлик аралашувларни талаб қилади. Такдим этилган ҳолатда беморнинг аввал нотўғри ташхис билан лапаротомия қилинганлиги касалликнинг кеч босқичда аниқланишига олиб келган.

Жарроҳлик даволашнинг танланган ҳажми – қизилўнғач жароҳатини бирламчи тикиш, уни перитонизация қилиш мақсадида Ниссен бўйича фундопликация, шунингдек декомпрессив гастростомия кўйиш – комплекс ёндашувни таъминлади. Фундопликациянинг қўлланилиши на фақат перфорация соҳасини қоплаш, балки гастроэзофагеал рефлюкснинг олдини олиш ва чоклар соҳасида кўшимча герметиклик яратишга хизмат қилди. Кўкрак қафаси томонидан плевра бўшлиғини кенг санация қилиш ва дренажлаш йирингли асоратларни назорат қилишда ҳал қилувчи аҳамият касб этди.

Ушбу клиник кузатув қизилўнғачнинг спонтан ёрилишида эрта ташхис кўйишнинг ўта муҳимлигини яна бир бор тасдиқлайди. Қусишдан кейин пайдо бўлган кўкрак қафаси оғриғи, нафас қисиши, тери ости эмфиземаси, гидропневмоторакс каби белгилар мавжуд бўлганда дифференциал ташхисда албатта қизилўнғач ёрилиши эҳтимоли инобатга олиниши лозим. Сувда эрувчи контраст модда билан рентгенологик текширув ва кўкрак қафаси компьютер томографияси касалликни тасдиқлашда юкори диагностик қимматга эга.

Хулоса қилиб айтганда, қизилўнғачнинг спонтан ёрилиши оғир ва ҳаёт учун хавфли патология бўлиб, унинг кеч ташхисланиши ўлим кўрсаткичининг юқорилигини белгилайди. Муваффақиятли натижага эришиш учун эрта ташхис, ўз вақтида ва етарли ҳажмдаги жарроҳлик аралашув, плевра ва медиастиномни адекват санация қилиш ҳамда интенсив реанимацион муолажаларни комплекс қўллаш зарур. Клиник тажриба шуни кўрсатадики, ҳатто кеч босқичда мурожаат қилган беморларда ҳам патогенетик жиҳатдан асосланган, босқичма-босқич ва индивидуаллаштирилган даволаш тактикаси қўлланилганда ижобий натижаларга эришиш мумкин.

Шундай қилиб, қийин анатомик соҳаларда жойлашган қизилўнғачнинг спонтан ёрилиши бўйича жарроҳлик амалиётини бажариш имкониятини баҳолаш учун зарур:

- операциядан олдин пухта тайёргарлик, шу жумладан адекват визуализация усулларидан фойдаланиш (контрастли ЭГДФС, компьютер томографияси, замонавий компьютер ташхис дастурларидан фойдаланиш) ҳамда кейинчалик анестезия ва жарроҳлик аралашуви хавфларини баҳолаш;

- қизилўнғачда операция бажариш тажрибасига эга жарроҳлар бригадаси бўлиши;

- операциядан кейинги даврда қизилўнғач жароҳатини даволашда ВАК–терапиядан фойдаланиш.

Адабиётлар:

1. Абакумов, М. М., Шамба Х. Л., Даниелян Ш. Н. Клиника, диагностика и лечение спонтанной эмфиземы средостения. // Хирургия. - 2010. - № 10. - С. 17-21.
2. Бабаев, Ш. М., Кубачев К. Г. Синдром Бурхаве.// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2019. - Т. 12, № 2. - С. 92-96.
3. Даниелян Ш.Н. и др. Спонтанный разрыв пищевода у пациента с хронической обструктивной болезнью легких//Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. -2019.-№9.-С.99-102.
4. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.
5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением лапароскопических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

СИНДРОМ БУРХАВЕ: УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Рузибоев С.А., Кадиров Р.Н., Хайдаров Г.А., Шавазу Р.Н.

Резюме. В данной статье представлены лечебные мероприятия по успешному лечению пациента со спонтанным разрывом пищевода (синдром Бурхаве). Синдром Бурхаве является одной из относительно редких патологий в хирургической практике, при этом вопросы диагностики и лечения до сих пор остаются нерешёнными полностью. Учитывая значительные размеры повреждения пищевода и длительный промежуток времени после травмы, разрыв пищевода был ушит с последующей перитонизацией посредством фундопликации по Ниссену и формированием гастростомы по Топровер-Кадеру. Результат проведённой нестандартной операции оказался положительным, выбранная тактика лечения себя оправдала.

Ключевые слова: спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве), диагностика и лечение, фундопликация по Ниссену, гастростомия по Топроверу Кадеру.