

КАЗУЇСТИЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ БУРХАВЕ (ВІД ПОЧАТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ДО ДІАГНОЗУ 40 ДНІВ)

Нікішаєв В.І., Болотських М.О., Садовий В.Ю.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Не зважаючи на майже 300-річну історію синдрому Бурхаве (вперше описаний в 1724 р.), і на даний час це захворювання залишається складним в діагностиці. Як доказ висшеказаного ми приводимо випадок пацієнта, що поступив в нашу клініку в 2015 році.

Пацієнт О., 65 років поступив у приймальне відділення КМКЛШМД 15.05.2015 о 18:25 зі скаргами на слабкість, головокружіння, одноразове блювання із домішками свіжої крові.

Із анамнезу відомо, що пацієнт за місяць схуд на 12 кілограмів та те, що 04.04.2015 виник раптовий біль за грудиною після 3-разового блювання, що був сприйнятий як стенокардія, пацієнт неодноразово звертався в приватні клініки для обстеження та лікування.

Проведене обстеження у приватних клініках:

УЗД ОЧП (15.04.2015): біля головки підшлункової залози візуалізується гіпоехогенне утворення нечітких контурів, неправильної форми розміром 53×19 мм, яке не має при КДК кровотоку (можливо кістичник? Чи лімфатичний вузол, але не має типової будови). Заключення: Ультразвукові ознаки гепатомегалії; деформованого жовчного міхура; хронічного калькульозного холециститу; *tumor pancreas* (?); кисти правої нирки; сечо-солов'яного діатезу.

ЕГДС (16.04.2015). Пищевод вільно проходить, слизиста пищевода виражено отечна, гіперемірована на всем протяженні. Кардіальний жом інфільтрирован, разрылен, проходить. Кардіальний відділ желудка раздут газом. Определяется канцерозный инфильтрат, заполняющий 4/5 просвета желудка, с переходом на кардіальний жом. Пройти другие отделы желудка из-за выраженности процесса не представляется возможным. Взята биопсия, слизистая фрагментується. Заключення: С-г желудка?

ПГД (22.04.2015). Патогістологічний висновок: Більше даних за глибокий мікроскоп. Хронічний гастрит високої активності. Даних щодо пухлинного ураження у матеріалі не визначено.

Онкомаркери підшлункової залози та шлунку — негативні.

МСКТ черевної порожнини та заочеревенного простору із внутрішньовенним болюсним контрастуванням (20.04.2015). Пищеводно-желудочный переход деформирован. Отмечаются множественные верхние парааортальные, панкреато-дуоденальные л/у с единичными кальцинатами, лимфоузлы в воротах печени (оказующие и несколько сдавливающие портальную вену с прстенотическим ее расширением), гетерогенной структуры, округлой формы, размерами 17×18 мм до 30×31 мм, с тенденцией к образованию криглатератов. Заключення: КТ-данные за Сг дистального отдела пищевода с поражением регионарных лимфоузлов; с признаками умеренной компрессии лимфоузлами портальной вены и вторичной спленомегалией.

У КМКЛШМД проведено обстеження:

ЕГДС (16.05.2015, 21:00). Починаючи з 40 см до 50 см відмічається позовжний повний розрив стінок стравоходу (рис. 1), стінки розриву представлені гнійно-некротичними масами, із якого надходить зловонний запах (рис. 2). В порожнині шлунку помірна кількість «кавової туші» та мало зміненої крові. Слизива шлунку вогнишево гіперемована в антральному відділі. Просвіт ДПК розширений, містить значну кількість застійної жовчі.

Заключення: Синдром Бурхаве? ХДН?

Рентгеноскопія стравоходу із водорозчинним контрастом (тріомбаст 76%) (16.05.2015, 00:30). Пищевод проходить. В наддиафрагмальному, диафрагмальному і абдоминальному сегментах пищевода на правой задней стенке дефект размерами 2,5×1,0 см. Контраст

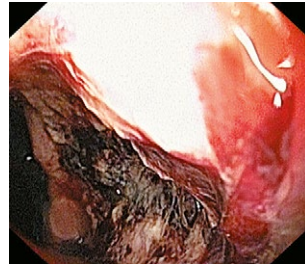


Рис. 1
Лінійний дефект задньо-правої стінки стравоходу

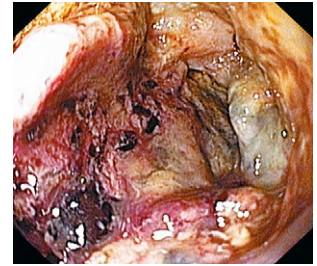


Рис. 2
Стінки абсцесу представлені гнійно-некротичними масами з тромбованими судинами та фіксованим згортами

поступает в желудок, а часть контраста через дефект в стенке пищевода поступает в брюшную полость.

У зв'язку з тяжкістю стану пацієнта госпіталізовано в реанімаційне відділення для підготовки до операції, де йому проводилась комплексна гемостатична, антибактеріальна терапія, проводилась в/в інфузійна терапія, в тому числі проводилось переливання еритроцитарної маси.

У реанімаційному відділенні 16.05.2015 у пацієнта різко погіршився стан, появились ознаки профузної кровотечі (блвота кров'ю), відбулося падіння гемодинаміки та о 15:50 було зафіксовано смерть.

Під час проведення патологоанатомічного розтину було виявлено глибокий дефект стінки стравоходу в області переходу до шлунку з формуванням параезофагального абсцесу, ускладнений масивною кровотечею з арозованої судини (до 2,5 л крові та згортків в порожнині шлунку). Дані патогістологічного дослідження аутопсійного матеріалу підтверджують наявність гнійно-некротичних змін стінки стравоходу з формуванням капсули абсцесу. Таким чином, на підставі даних секції та патогістологічного дослідження аутопсійного матеріалу встановлено, що в якості основного захворювання має місце спонтанний розрив стравоходу.

Висновки.

1. Хоча синдром Бурхаве і має 300-річну історію, але і на теперішній час лікарі погано ознайомлені з даною патологією та не мають настороженості щодо неї.
2. Не зважаючи на усі наявні високотехнологічні методи дослідження синдром Бурхаве може протікати під маскою інших захворювань та є складним в діагностиці.
3. Ключовим в постановці діагнозу Синдром Бурхаве є ендоскопічне дослідження.
4. Не зважаючи на те, що всі наявні друквані роботи свідчать про те, що пацієнти з даною патологією помирають протягом декількох діб без своєчасно наданої допомоги, але можуть бути казуїстичні випадки, коли термін від виникнення розриву до постановки діагнозу складає більше місяця.

УСКЛАДНЕННЯ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ГАСТРОСТОМИ

Нікішаєв В.І., Садовий В.Ю., Болотських М.О.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Черезшкірна ендоскопічна гастростома (ЧЕГ) технічно простий та швидкий метод налагодження ентерального харчування. Ентеральне харчування дешевше, ніж парентеральне і в більшості випадків значно краще поліпшує результати лікування пацієнтів, і впливає на тривалість перебування їх в лікарні. Покази для ЧЕГ це — неспроможність ковтання внаслідок порушення ротоглоткового рефлексу, що призвело до дисфагії, яка в більшості випадків є проявом розвитку неврологічних захворювань. Інші покази для ЧЕГ це новоутворення в області ротоглотки і стравоходу, травма лицьового черепа, неадекватний прийом їжі через рот, при різних хронічних захворюваннях.

Існує декілька стандартних технік для ендоскопічного розміщення гастростоми: натягування (*pull*) або *Ponsk-Gauderer*, техніка штовхання (*push*) або *Sacks-Vine*, техніка інтубації (*introducer*) або *Russell*, всі вони ефективні і успішні в формуванні гастростоми. ЧЕГ є однією з найбільш поширених ендоскопічних операцій в світі, хоч її вважають найбільш безпечною, вона як і будь яке оперативне втручання має свої ускладнення і спричинені нею деякі захворювання.

Більшість авторів засвідчують, що при суворому дотриманні техніки при ЧЕГ ускладнення зустрічаються рідко, але при їх виникненні можуть мати дуже серйозні наслідки, що загрожують життю пацієнта. Проблема в тому, що хворі яким показана ЧЕГ, знаходяться переважно в тяжкому стані, в зв'язку з чим виникають значні труднощі в ліквідації ускладнень, які виникають в момент операції, чи після неї. Ускладнення ЧЕГ класифікуються на великі і малі, відповідно цьому вони мають свою етіологію, діагностику та методи профілактики і ліквідації ускладнень.

Малі ускладнення. Інфекційне ускладнення післяопераційної рани, парастомальний витік, пневмоперитоніум, кишково непрохідність, кровотеча, виразки шкіри та шлунка, непрохідність трубки або її дисфункція, обтурація виходу із шлунка.

Великі ускладнення. Бампер-синдром, некротичний фасцит, перфорація, шлунково-тошкосткишкова норія, перитоніт, передчасне видалення ЧЕГ, аспірація, пухлина імплантації в отвір ЧЕГ або гастростомічного каналу.

Частише всього виникає бампер-синдром.

Бампер-синдром — це ускладнення, яке виникає внаслідок тривалого надмірного стиснення двох фіксуєючих елементів з боку шкіри та зі сторони шлунка. Внаслідок чого виникає виразний запальний процес в області гастростомічного каналу, що частково його руйнує. Внутрішній фіксуєючий елемент переміщається в товщу гастростомічного каналу, в свою чергу слизова звужує просвіт каналу (загоєо дефект слизової) та відтісняє фіксуєючий елемент в бік шкіри, сприймаючи ЧЕГ як стороннє тіло. З часом під час годування спостерігається порушення прохідності рідкої їжі через гастростомічну трубку. Залишки їжі накопичуються в гастростомічному каналі між шлунком та шкірою, що призводить до його, запалення з подальшим його розширенням та руйнуванням. Одна з



Рис. 1
Повне згоєня слизової оболонки шлунку в ділянці стому



Рис. 2
Встановлення ПВХ трубки по жорсткому провіднику

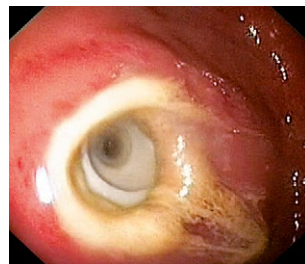


Рис. 3
Часткове згоєня слизової оболонки шлунку в ділянці стому

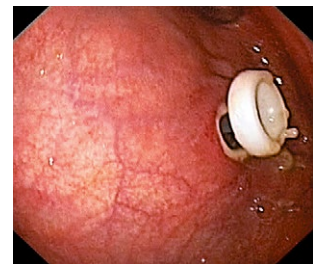


Рис. 4
Переміщена гастростомічна трубка в просвіт шлунка