

# КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.34–002.44–006.6

## ВИРАЗКА КЕЯ У ПОЄДНАННІ З РЕЦИДИВУЮЧИМ РАКОМ КИШЕЧНИКУ

**О. О. Гуцаленко, В. П. Баштан, О. Є. Муковоз, В. В. Томенко**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,  
5—та міська клінічна лікарня, м. Полтава

## KEY'S ULCER IN COINCIDENCE WITH RECURRENT INTESTINAL CANCER

**O. O. Gutsalenko, V. P. Bashtan, O. E. Mukovoz, V. V. Tomenko**

У доступній науковій літературі (включаючи інтернет—ресурси) відсутня детальна інформація щодо виразки Кея та особливостей її клінічного перебігу. Лише у довідниках з клінічних симптомів та синдромів та деяких публікаціях, присвячених грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), серед можливих ускладнень перебігу захворювання відзначений синдром Кея.

Синдром Кея (Е. А. Н. Кеу) — поєднання грижі ГСОД, гастриту і виразки пролабуючої частини шлунка (виразка Кея). Хронічний гастрит та виразка пролабуючої частини шлунка як основні ускладнення виникають за тривало існуючої ГСОД. Симптоми цих ускладнень, як правило, маскуються проявами грижі. Остаточний діагноз встановлюють за даними ендоскопічного дослідження та рентгеноскопії стравоходу і шлунка.

Виразка Кея утворюється в частині шлунка (мішка грижі), яка міститься у грудній порожнині. З інших можливих варіантів виразок, з огляду на особливості їх локалізації, виділяють виразку дистальної частини стравоходу над грижею (виразка Квінке), виразку воріт грижі — виразку, що "сидить верхи" (виразка—"вершник").

ГСОД — досить поширене захворювання. Її виявляють у 5% дорослого населення, у 50% хворих — немає клінічних проявів і, відповідно, її не діагностують. Клінічні прояви надзвичайно поліморфні, залежать не лише від виду грижі та її розмірів, а значною мірою — від ускладнень. Найрізноманітніші захворювання і патологічні стани, на тлі, а іноді і внаслідок яких виникає ГСОД, ускладнюють її діагностику.

Однією з найбільш частих ознак ГСОД є печія (відчуття за груднинного печіння), що виникає внаслідок рефлюксу вмісту шлунка у стравохід. При ГСОД печія частіше виникає вночі або після їди.

За даними статистики, печію виявляють у 20 — 40% дорослого населення. Доведено, що печія однаково часто виникає у чоловіків і жінок, а також у пацієнтів різного віку. Наводимо клінічне спостереження.

Хворий В., 51 року, госпіталізований до терапевтичного відділення зі скаргами на відчуття печії переважно вночі, періодично виникаючий біль у правій підребровій ділянці, слабкість, зниження працездатності.

Два роки тому вперше з'явилося відчуття печії (спочатку епізодично) з подальшим прогресуванням частоти виникнення та появою вночі. Останні 6 міс періодично виникає

біль у правій підребровій ділянці, пов'язаний з погіршеннями у харчуванні та вживаннім алкоголю. Госпіталізований для повного обстеження та лікування.

В анамнезі відомості про алергію на бісептол, ентеро-септол. У 1979 р. під час ДТП виник компресійний перелом хребта, з приводу чого лікувався у травматологічному відділенні міської лікарні, НДІ травматології та ортопедії (Харків) з подальшою реабілітацією. Під час ретельного опитування з'ясовано, що через кілька років після травми протягом тривалого часу (майже 5 років) скаржився на біль у ділянці серця та за грудниною, з приводу чого лікувався у кардіолога з діагнозом ішемічної хвороби серця. Біль самостійно зник.

Стан пацієнта задовільний. Астенічна будова тіла, зниженого харчування. Забарвлення шкіри і видимих слизових оболонок звичайне. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Над легенями голосове тремтіння збережене на симетричних ділянках грудної стінки. При перкусії легеневий звук, при аускультатії — дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної тупості серця: права і верхня — не змінені, ліва — зміщена на 1 см назовні. При аускультатії серця діяльність ритмічна, тони звучні, короткий систолічний шум над верхівкою. Пульс 70 за 1 хв, задовільних властивостей, АТ 16,0/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Язик з множинними тріщинами, у кореня обкладений білим нашаруванням. Живіт звичайної форми, симетричний, безболісний при пальпації. Нижній край печінки виступає на 1 см нижче ребрової дуги, безболісний. Випорожнення звичайні.

Аналіз крові: ер.  $4,6 \times 10^{12}$  в 1 л, Hb 148 г/л, КР 0,96, тр.  $180 \times 10^9$  в 1 л, л.  $4,2 \times 10^9$  в 1 л, еоз. 0,04, п. — 0,04, сегм. 0,65, лімф. 0,22, мон. 0,05, ШЗЕ 6 мм/год, глюкоза 4,5 ммоль/л. Аналіз сечі: реакція кисла, відносна щільність 1,023, жовчні пігменти, цукор, білок не виявлені, слиз — значна кількість, епітелій — небагато, лейкоцити — 2 — 3 в полі зору, еритроцити, циліндри не знайдені. Біохімічний аналіз крові: загальний білок 70 г/л, альбумін 40 г/л, лужна фосфатаза 79 Од/мл, АЛТ 21 од/л, АСТ 21 од/л, ЛДГ 302 од/л, ГГТП 26 од/л, креатинін 90,4 мкмоль/л, сечовина 5,4 ммоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л, тригліцериди 1,3 ммоль/л, амілаза 110 од/л, фосфоліпіди 2,9 ммоль/л, білірубін загальний 16,0 мкмоль/л, прямий 4,0 мкмоль/л, непрямий 12,0 мкмоль/л, тимолова проба 2,6 од., сечова кислота 386 мкмоль/л, хлориди 103,0 ммоль/л, фос-

фор 1,10 ммоль/л, кальцій 2,27 ммоль/л, магній 0,97 ммоль/л, СРП негат., титр АСЛО н/250 АЕ, серомукоїди 0,140, австралійський антиген не виявлений; протеїнограма: альбуміни 57%, глобуліни  $\alpha_1$ — 4%,  $\alpha_2$ — 9%,  $\beta$ — 11%,  $\gamma$ — 19%; альбуміно—глобуліновий коефіцієнт 1,33; коефіцієнт АСТ/АЛТ 1,0.

За даними ЕКГ ритм синусовий, правильний, електрична вісь серця не відхилена, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ).

Езофагогастроуденофіброскопія (ЕГДФС): стравохід вільно прохідний, в нижній третині пептична виразка (діаметр до 1 см), ерозії. Зяяння кардії. У шлунку мутний секрет, жовч; гіперемія і набряк слизової оболонки. Неповне змикання ворота. Амбула дванадцятипалої кишки без деформації, у просвіті слиз, гіперемія і набряк слизової оболонки.

Висновок: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), рефлюкс—езофагіт, пептична виразка стравоходу: хронічний гастродуоденіт у стадії загострення; дуоденогастральний рефлюкс (ДГР).

Взятий мазок з порожнини стравоходу. Висновок: лізис клітин плоского епітелію.

УЗД органів черевної порожнини: помірна гепатомегалія правої частки з дифузними змінами в паренхімі печінки; хронічний холецистит, хронічний панкреатит, виражений метеоризм; сечосольовий діатез.

Ехокардіоскопія: помірна дилатація ЛШ.

Реоенцефалографія: кровонаповнення знижене, I ст. в OMD, II ст. в OMs, F—M. Асиметрія OMs < OMD. Тонус артерій нормальний, відток задовільний.

Реовазографія: кровонаповнення передплічч і гомілок достатнє; тонус артерій знижений в гомілках. Відток утруднений в гомілках.

Клінічний діагноз: ГЕРХ, ерозивна форма, рефлюкс—езофагіт, пептична виразка стравоходу; хронічний гастродуоденіт у стадії загострення, ДГР.

Проведене лікування: контролок (пантопразол) 40 мг двічі на добу, метаклопamid, еглоніл та есенціале парентерально з подальшим застосуванням усередину, глутаргін внутрішньовенно, реосорбілакт. Через 10 діб пацієнт виписаний для подальшого лікування за місцем проживання у задовільному стані, печія тривала уночі, проте, менш виражена.

Через 2 тиж хворий помітив у калі свіжу кров. Поява тривожного симптому та відсутність суттєвого терапевтичного ефекту від подвійної стандартної дози інгібіторів протонної помпи протягом 1 міс спонукали лікаря стаціонару провести повноцінне обстеження в умовах спеціалізованого лікувального закладу.

За даними ЕГДФС встановлені виразка Кея, ГСОД.

Колонофіброскопія: колоноскоп введений на 35 см, виявлене поліпоподібне утворення діаметром 3—4 см, неправильної форми, з тромбами. Висновок: Susp. Ca s—gomanum.

У зв'язку з припущенням про наявність раку сигмоподібної ободової кишки хворий госпіталізований до проктологічного відділення. Проведене комплексне обстеження з приводу захворювання кишечника, асоційованого з ГСОД, що ускладнилася виразкою Кея (виразка частини шлунка, що змістилася у грудну порожнину).

Хворий оперований. Першим етапом здійснено сигмомію з радикальним видаленням пухлини, другим етапом — пластику ГСОД.

Діагноз підтверджений за результатами гістологічного дослідження: аденокарцинома в тубулярно—ворсинчастій аденомі (tumor villosum).

Заключний клінічний діагноз: злоякісне новоутворення сигмоподібної ободової кишки T1N0M0, клінічна стадія III. Супутні захворювання: ГСОД; виразка Кея.

Хворий перебував на диспансерному обліку, щороку проводили контрольне обстеження.

У 2011—2012 рр. у хворого з'явився тупий, ниючий біль у правій пахвинній ділянці, з приводу чого проведено амбулаторне обстеження.

За даними іригоскопії встановлена доліхосигма. Стан після оперативного втручання на сигмоподібній ободовій кишці; ворсинчаста аденома по передній стінці низхідної ободової кишки.

Під час колонофіброскопії оглянуто 75 см, виявлене виразкове утворення розмірами 3 × 2 см. Проведена біопсія, матеріал направлений на цитологічне дослідження. Висновок: рак низхідної ободової кишки.

Хворий госпіталізований в проктологічне відділення. За результатами обстеження встановлений клінічний діагноз: злоякісне новоутворення сигмоподібної ободової кишки.

Здійснене хірургічне втручання (резекція сигмоподібної ободової кишки). Діагноз підтверджений результатами гістологічного дослідження: аденокарцинома в тубулярно—ворсинчастій аденомі, ступінь диференціювання помірний.

В подальшому хворому проведені 5 курсів хіміотерапії (фторурацил, кальціумролінат). Стан пацієнта по завершенні лікування задовільний. Повернувся до праці.

Через 1 рік після лікування стан пацієнта задовільний. Особливість наведеного клінічного спостереження: тривалий прихований атипичний перебіг ГСОД (спочатку під маскою псевдокоронарного болю, у подальшому — безсимптомний), випадково виявлений під час ендоскопічного дослідження стравоходу і шлунка, проте, вже за наявності ускладнення (виразки мішка грижі — виразки Кея), поєднаної з рецидивуючим раком кишечника.

Прогресування захворювання через відсутність адекватного лікування і тривалого існування ГСОД спричинило появу печії (провідного клінічного симптому ГЕРХ) внаслідок формування рефлюкс—езофагіту, оскільки за наявності ГСОД створюються анатомічні передумови до появи шлунково—стравохідного рефлюксу. Ускладнений перебіг захворювання (рефлюкс—езофагіт, гризовий гастрит) став причиною утворення виразки мішка грижі (виразки Кея) з єдиною клінічною ознакою (печією), оскільки симптоми цих ускладнень, як правило, маскуються проявами самої грижі. Діагноз ГСОД та її ускладнення (виразка Кея) був випадково знайдено під час повторного ендоскопічного дослідження стравоходу і шлунка, яке проведено через відсутність ефекту лікування з приводу пептичної виразки стравоходу. Поява такого тривожного симптому, як свіжа кров у калі, дозволила своєчасно діагностувати рак кишечника, який у хворого мав рецидивуючий перебіг.

Отже, наведене складне клінічне спостереження свідчить, що збільшення частоти та стійкість епізодів печії є безумовним приводом для звернення до лікаря, проведення необхідного обстеження для встановлення діагнозу та призначення адекватного лікування, що сприятиме суттєвому покращенню якості життя хворих, а молоді лікарі будуть більш підготовлені до діагностики такого рідкісного захворювання, як виразка Кея, перебіг якої може поєднуватися з рецидивуючим раком кишечника.