

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ УСКЛАДНЕННЯ ДИВЕРТИКУЛА СТРАВОХОДУ

К. Ю. Креньов, І. В. Чубар, О. В. Прокоп'юк

Хмельницька обласна лікарня

CLINICAL OBSERVATION OF THE ESOPHAGEAL DIVERTICULUM COMPLICATION

K. Yu. Krenyov, I. V. Chubar, O. V. Prokopyuk

Khmelnytskyi Regional Hospital

Хвора М., 52 років, госпіталізована в районну лікарню зі скаргами на задишку, запаморочення, дискомфорт та біль за грудниною, підвищення температури тіла до 38 °С. Супутні захворювання: цукровий діабет II типу у стадії субкомпенсації, тяжкий перебіг; ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз, серцева недостатність Іб стадії; варикозна хвороба нижніх кінцівок, хронічна венозна недостатність II стадії.

Проведене обстеження з використанням загальноклінічних та інструментальних методів. Аналіз крові: кількість лейкоцитів $18,3 \times 10^9$ в 1 л, ШОЕ 51 мм/год., альбумін 50 г/л. За даними оглядової рентгенографії органів грудної порожнини (ОГП) виявлене розширення середостіння внаслідок наявності додаткової тіні внизу праворуч з нечіткими контурами. Гастроудоденофіброскопія (ГДФС): дефект слизової оболонки стравоходу округлої форми, діаметром до 5 мм, з чіткими краями, гіперемія слизової оболонки. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП): патологічні зміни не виявлені.

Контрастна рентгеноскопія стравоходу: в ділянці переходу середньої в нижню третину стравоходу депо контрастної речовини з чіткими контурами, округлої форми, проектується на межі стравоходу праворуч. Складки стравоходу чіткі, тонус та перистальтика збережені.

Комп'ютерна томографія (КТ) ОГП: правобічна нижньочасткова пневмонія, незначний двобічний гідроторакс. Медіастиніт. Вільне повітря в хребтовому каналі в ділянці грудного відділу хребта. Остеохондроз грудного відділу хребта 2 — 3

ступеня. Сколіотична торсія, об'ємне утворення заднього середостіння праворуч. Спондилодисцит. Мієлопатія на рівні T_{VI}—T_{VIII} дискогенного генезу.

Консультація торакального хірурга: діагностований дивертикул стравоходу, припущено його перфорацію з медіастинітом. Хвора переведена для подальшого лікування в Хмельницьку обласну лікарню.

ГДФС: на відстані 29 см від різців по задньо—бічній поверхні стравоходу візуалізується дивертикул довжиною 35 мм, заповнений харчовими масами. Ознаки грижі стравохідного отвору діафрагми I—II ступеня. Рефлюксезофагіт.

УЗД ОЧП: печінка помірно збільшена, однорідна, великозерниста. Жовчний міхур довгастої форми, стінки потовщені, в порожнині конкрементів немає. Підшлункова залоза, селезінка без патологічних змін. В нирках кристали солей діаметром до 4 — 5 мм. Вільної рідини в черевній порожнині та порожнині малого таза немає.

Бронхоскопія: патологічні зміни не виявлені. Проведена санація бронхіального дерева, взятий аспірат для цитологічного дослідження.

Консультація суміжних спеціалістів (судинний хірург, ендокринолог, кардіолог, пульмонолог), призначена відповідна терапія. Клінічні ознаки медіастиніту не виявлені. На тлі консервативної терапії стан хворої стабілізувався. Двічі проведена корекція дози інсуліну, вміст глюкози в крові 4,4 — 6,2 ммоль/л. На 8—му добу виникли нижній парапарез, порушення функції органів таза.

Консультація нейрохірурга: остеохондроз грудного відділу хребта 2 — 3 стадії. Сколіотична торсія.

Спондилодисцит. Мієлопатія на рівні T_{VI}—T_{VIII} дискогенного генезу. Об'ємне утворення заднього середостіння праворуч. Нижній парапарез. Рекомендоване проведення магніторезонансної томографії (МРТ) спинного мозку.

МРТ спинного мозку: новоутворення задньо—нижнього середостіння більше праворуч, мієлоішемія дискогенного генезу T_I—T_{III} з деструкцією тіла T_{VI}—T_{VII} хребців, повітря в хребтовому каналі.

Проведена корекція консервативної терапії, проте, стан хворої не покращувався, прогресували розлади функції органів таза, парапарез зберігався, поступово порушувалась свідомість (періодичне запаморочення, порушення пам'яті, орієнтації, особистості, больової чутливості). На 12—ту добу виникла гостра серцева недостатність з зупинкою серця. Проведені реанімаційні заходи у повному обсязі, проте, відновити діяльність серця не вдалося, констатовано біологічну смерть. Проведено патологоанатомічне дослідження.

Заключний клінічний діагноз: злоякісне новоутворення заднього середостіння. Дивертикул стравоходу. Двобічна гіпостатична пневмонія. Спондилодисцит. Мієлоішемія грудної частини спинного мозку (1 — 8 сегментів). Ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний кардіосклероз, серцева недостатність Іб стадії. Цукровий діабет II типу у стадії субкомпенсації, тяжкий перебіг. Варикозна хвороба нижніх кінцівок, хронічна венозна недостатність II стадії. Гостра серцева недостатність. Тромбоемболія легеневої артерії.

Патологоанатомічне дослідження: трупне заклякання виражене в

усіх групах м'язів. Шкіра звичайного забарвлення. В правій надключичній ділянці підключичний катетер, заведений в праву підключичну вену. В черевній порожнині патологічного вмісту немає. В плевральних порожнинах патологічного вмісту немає. Нутрощева та пристінкова плевра сіро—рожева, гладенька, блискуча. Легені виповнюють плевральні порожнини. Серце масою 350 г. В порожнинах серця та в просвіті аорти помірна кількість рідкої крові. В просвіті легеневої артерії рідка кров та сіро—червоний, звивистий, з тьмяною поверхнею хробакоподібний фрагмент довжиною 8 см, діаметром 1 — 0,7 см, що виповнює просвіт артерії, у "скрученому" вигляді. Міокард червоно—коричневого забарвлення, з поодинокими сіро—білими вогнищами діаметром 0,2 см. Товщина стінки лівого шлуночка 1,4 см, правого — 0,3 см. Ендокард сіро—рожевий, гладенький, блискучий. Стулки та півмісяцеві заслінки тонкі, еластичні, напівпрозорі. Сухожильні струни та соскоподібні м'язи без патологічних змін. В просвіті вінцевих артерій атеросклеротичні бляшки, що звужують їх просвіт на 1/3. Внутрішня оболонка аорти з жовтими довгастими бляшками, що займають до 30% площі поверхні, окремі з них кальцифіковані. Внутрішня оболонка легеневої артерії жовта, гладенька. Устя ниркових та мезентеріальних артерій прохідні. Слизова оболонка стравоходу поздовжньо—складчаста, сіро—коричневого забарвлення. В середній третині стравоходу, по медіально—задній стінці "вип'ячування" стінки діаметром 3 см, у верхній ділянці якого виявлений наскрізний отвір діаметром 0,5 см, з гладенькими потовщеними краями; стінка стравоходу щільно припаяна до бічної поверхні тіла T_{VI} хребця. Жирова тканина заднього середостіння на цій ділянці коричнево—зеленого забарвлення, при розрізі виділився зеленуватий в'язкий вміст. Ділянка міжхребцевого диска між T_{VI}—T_{VII} хребцями зеленувата, тіло T_{VI} хребця ріжеться ножом; кістковий мозок зеленувато—червоного забарвлення. Слизова оболонка гортані, трахеї та бронхів сіро—синюш-

но—червоного забарвлення, гладенька, тьмяна. Права легень масою 750 г, ліва — 555 г. Поверхня легень рожева — у верхніх відділах, сіро—синюшна — у нижніх, на розрізі паренхіма у верхньо—передніх відділах сіро—рожева, в задньо—нижніх — сіро—червона; частина задньої поверхні верхньої частки правої легень щільно підпаяна до бічної ділянки T_{VI}—T_{VIII} хребців. Надниркові залози трикутні, кіркова речовина жовтувата, мозкова — жовто—коричнева. Нирки масою по 275 г, капсула знімається легко, поверхня гладенька, синюшна, на розрізі паренхіма сіро—синюшна, межі між кірковою та мозковою речовиною візуалізуються. Слизова оболонка мисок та сечоводів сіро—рожева, гладенька, блискуча. Слизова оболонка сечового міхура сіро—рожева, гладенька, блискуча. Матка та придатки — відповідно віку. Селезінка масою 438 г, помірно щільна, капсула гладенька, пульпа на розрізі темно—червона, кров'яний зскрібок незначний. Підшлункова залоза: поверхня горбиста, жовтувата, щільна, на розрізі сіро—жовта, дрібночасточкова. Слизова оболонка шлунка сіро—рожева, складки згладжені. Слизова оболонка тонкої та товстої кишки сіро—рожева, складчаста. Вміст тонкої кишки в незначній кількості, відповідає відділам. Жовчні шляхи прохідні. В жовчному міхурі незначна кількість коричнево—зеленої жовчі, слизова оболонка зелена, оксамитова. Печінка масою 2605 г, темно—коричнева, гладенька; на розрізі паренхіма темно—червона. Тверда оболонка головного мозку білувата, щільно—еластична, напружена. Головний мозок масою 1240 г. М'яка оболонка волога, блискуча, гладенька, набрякла, напівпрозора. Судини основи мозку тонкостінні, напівпрозорі, просвіти їх місцями з атеросклеротичними бляшками, що звужують просвіт на 1/3. Речовина головного мозку, волога, блискуча. Межа між білою та сірою речовиною чітка. Бічні шлуночки мозку щілоподібної форми, звичайної величини, містять звичайну кількість прозорої спинномозкової речовини. Тканина мозочка, гіпофіз, епіфіз макроскопічно не змінені. Оболонки

спинного мозку в ділянці T_V—T_{VIII} хребців сіро—зелено—червоного забарвлення, форма спинного мозку в цьому місці збережена, з зеленуватими нашаруваннями. Просвіт поверхневих та глибоких вен нижніх кінцівок розширений, виповнений червоними "твердими" фрагментами, що вичавлюються при натисканні та зберігають форму.

Виявлений дивертикул стравоходу з вхідним отвором з боку слизової оболонки, перфорація дивертикула в хребтовий канал, лізис міжхребцевих дисків. Тромбоз легеневого стовбура більше зліва.

Для гістологічного дослідження брали шматочки всіх внутрішніх органів, головного мозку, поверхневих та глибоких вен нижніх кінцівок, спинного мозку з оболонками.

Морфологічне дослідження проведене за допомогою мікроскопа Olympus CX31, збільшення $\times 100$ — $\times 400$, фотографування — за допомогою комп'ютерної програми Olympus DP—Soft.

Патологоанатомічний діагноз: дивертикул середньої третини стравоходу з перфорацією, утворенням локального абсцесу заднього середостіння та правої легень, гнійне розплавлення тіла T_{VI} хребця та T_{VII} міжхребцевого диска, менінгомеліт. Ендогенна інтоксикація. Глибокий та поверхневий флеботромбоз нижніх кінцівок. Тромбоемболія легеневої артерії. Двобічна нижньочасткова фібринозно—гнійна пневмонія. Паренхіматозна дистрофія печінки, нирок. Ішемічна хвороба серця: дрібновогнищевий та периваскулярний міокардіосклероз лівого шлуночка; стенозуючий атеросклероз вінцевих артерій. Цукровий діабет II типу у стадії субкомпенсації.

Наведене спостереження свідчить про складність діагностики дивертикула стравоходу, мінливість перебігу хвороби та неординарне ускладнення, що утруднило діагностику та значно погіршило перебіг хвороби, що спричинило летальний кінець. Нажаль, систематизувати виявлені патологічні зміни дивертикула стравоходу, ускладнення вдалося лише за даними патологоанатомічного дослідження.