

повреждение двенадцатиперстной кишки и брюшного отдела пищевода при проведении эндоскопической папилосфинктеротомии, перфорация нижней трети пищевода (абдоминальной части) во время беспрерывной рвоты.

Таким образом, приводя эти данные, мы еще раз говорим о сложности диагностики данной патологии, ненастороженности врачей относительно ее существования, и, соответственно, неправильной тактике ведения больного. Возникновение разрыва пищевода при эндоскопическом вмешательстве на гепатобилиарной системе является ятрогенным, но механизм его возникновения аналогичен синдрому Бёргава, что дало нам основание описать данный случай.

Выводы

Синдром Бёргава (разрыв пищевода) является следствием внезапного повышения давления внутри пищевода. Это может произойти в ответ на раздражение стенки пищевода пищей у больных с функциональными расстройствами пищевода, ахалазией кардии; при резком повышении давления после мощного физического усилия; при рвоте вследствие передачи на фоне приема алкоголя; при рвоте во время эндоскопического исследования.

Успех или неудача в лечении больных с синдромом Бёргава во многом определяются своевременным обращением за медицинской помощью до развития крайне опасных для жизни осложнений — гнойного медиастинита, тяжелого сепсиса с полиорганной недостаточностью, пневмонии. Основа диагностики — грамотно собранный анамнез и рентгенологическое исследование, которое должно проводиться с использованием водорастворимых контрастов в двух проекциях и двух положениях — стоя и лежа на спине. Эндоскопическое исследование может привести к увеличению размеров разрыва, значительно ухудшить состояние больного.

Единственный способ лечения — хирургический. При отсутствии признаков гнойного медиастинита, выраженных изменений краев разрыва и стенок пищевода показано ушивание дефекта. Дренирование должно обеспечить постоянную полноценную санацию средостения. Обязательно наложение гастростомы для питания больного. Интенсивная терапия должна быть многокомпонентной, полной, строго индивидуальной.

Література

- Abbott O.A., Mansour K.A., Logan W.D. et al. (1970) A traumatic so-called «spontaneous» rupture of the esophagus: a review of forty-seven personal cases with comments on a new method of surgical therapy. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1: 59-67
- Atkinson M., Bottrill M.B. et al. (1961) Mucosal tears at the oesophago-gastric junction (the Mallory-Weiss syndrome). *Gut.* 2: 1
- Barrett N.R. (1947) Report of a case of spontaneous perforation of the esophagus successfully treated by operation. *Br. J. Surg.* 35: 216
- Bellmann B., Wohlgemuth W., Kothe G. et al. (1974) Об этиологии и патогенезе синдрома Меллори-Вейсса. *Хирургия.* 2: 14-19
- Bladegroen M.R., Lowe J.E., Postlethwait R.W. (1986) Diagnosis and recommended management of esophageal perforation and rupture. *Ann. Thorac. Surg.* 42: 3: 235-239

ЧЕРЕЗШКІРНА ЕНДОСКОПІЧНА ГАСТРОСТОМІЯ

Никишаев В.И., Садовий В.Ю.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Вступ

Втрачена можливість перорального прийому їжі, є звичайним явищем при багатьох гострих і хронічних захворюваннях. В таких випадках відновлення ентерального харчування можна вважати істотним терапевтичним заходом [8]. Адекватне ентеральне харчування, у хворих, прискорюється до активної терапії, що послаблює метаболічні реакції і благотворно модулює імунну систему [3].

Ентеральне харчування дешевше, ніж парентеральне і в більшості випадків значно поліпшує результати лікування пацієнтів, і впливає на тривалість перебування їх в лікарні. Нові розроблені ендоскопічні методи покращують доступ і ефективність ентерального харчування, що дає можливість розпочати його в ідеальний період 24-48 год., у хворих в критичному стані [3].

В останні роки в клінічну практику впроваджено значну кількість малоінвазивних (ендоскопічних та лапароскопічних) методів гастростомії, серед яких особливу увагу заслужує *черезшкірна ендоскопічна гастростомія (ЧЕГ)*, яка у хворих з порушенням звичайним прийомом їжі стала альтернативою лапаротомній гастростомії.

ЧЕГ як правило полегшує або відновлює прийом їжі у пацієнтів які мають анатомічні або неврологічні та інші, відхиленнями, що перешкоджають безпечною ковтанню, при цьому знижуючи ризик аспірації. Декілька стандартних технік ендоскопічного розміщення гастростомії, доступні стандартні комплекти для ЧЕГ, можливість довготривалого її використання, призвело до всебітного визнання ЧЕГ як переважного методу для хворих які потребують проміжного і довгострокового терміну ентерального харчування. Таким чином ЧЕГ залишається найбільш прийнятним методом формування гастростомії в усьому світі.

При встановленні ЧЕГ, їжа мінає ротоглотку і стравохід, та дозволяє вводити поживні речовини і ліки безпосередньо в шлунок. Назогастральні або назоентеральні зонди застосовують не тривалий період, на відміну від ЧЕГ яка використовується довгостроково. Її встановлюють в тих випадках коли прогнозується порушення вживання їжі більше ніж на 3 тижня [7]. Використання назогастрального зонда, для ентерального харчування, просте і легке у виконанні. Однак цей спосіб не прийнятний для довгострокового використання через те що він в порівнянні з ЧЕГ має значно більше ускладнень (запальні процеси в порожнині носа, глотки, стравоходу і легень [2]). Слід також зазначити що ЧЕГ не усуває ризику аспірації, але в порівнянні з назогастральним зондом істотно його знижує [7,8]. Також в літературі є свідчення про безпечний термін використання ЧЕГ, як вважає Lachter J., з співвіт. (2006), він становить в середньому 8 місяців, після чого рекомендовано виконати її заміну [4].

В багатьох країнах ЧЕГ є одною з найбільш поширених ендоскопічних операцій, її вважають мало травматичною, безпечною і простою у виконанні, хоча вона як і будь яке оперативне втручання має свої ускладнення і спричинені нею деякі захворювання. В нашій країні стандартні набори для ЧЕГ (Boston Scientific) офіційно зареєстровані тільки 2 роки тому назад, але є дані про те що вже 12 років тому назад ЧЕГ успішно почали застосовуватись деякими фахівцями [1].

Матеріали та методи

Для розміщення ЧЕГ ми використовували стандартні комерційні набори (Boston Scientific) з розміром 24 Fr. Всі оперативні втручання проводились під місцевим знебо-

- Blichert-Taft M. (1971) spontaneous oesophageal rupture. *Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 5: 111
- Bolooki H., Anderson I., Garcia-Rivera C. et al. (1971) Spontaneous rupture of the esophagus: boerhaave's syndrome. *Ann. Surg.* 174: 319
- Bradley S.L., Pairelora P.C., Payne W.S., Gracey D.R. (1981) Spontaneous rupture of the esophagus. *Arch. Surg.* 116: 6: 755-758
- Brewer L.A., Carter R., Mulder G.A., Stiles Q.R. (1986) Options in the management of perforations of the esophagus. *The American Journal of Surgery.* 152: 62-69
- Bruno M.S., Grier W.R., Ober W.B. (1963) spontaneous laceration and rupture of esophagus and stomach. *Mallory-Weiss Syndrome, and Their Variants.* *Arch. Intern. Med.* 112: 574
- Bodi T., Fanger H., Forsythe T. (1954) Spontaneous rupture of the esophagus. *Ann. Int. Med.* 41: 553-562
- Curci J.J., Horman M.J. (1976) Boerhaave's syndrome: the importance of early diagnosis and treatment. *Ann. Surg.* 183: 4: 401-408
- Dorsey J.M. et al. (1959) Relationship of peptic esophagitis to spontaneous rupture of the esophagus. *Arch. Surg.* 78: 878
- Frink N.W. (1947) Spontaneous rupture of the esophagus: report of a case with recovery. *J. Thorac. Surg.* 16: 291
- Gouge T.H., Depan H.J., Spencer F.C. (1989) Experience with the gruo pleural wrap procedure in 18 patients with perforation of the thoracic esophagus. *Ann. Surg.* 209: 5: 612-617
- Govil Y. (2004) Esophageal rupture. <http://www.emedicine.com/MED/topic2811.htm>
- Henderson J.A., Peloquin A.J. (1989) Boerhaave revisited: spontaneous esophageal perforation as a diagnostic masquerader. *Am. J. Med.* 86: 5: 559-567
- Herman S., Shanies H., Singh H., Warshawsky M. (2003) Spontaneous esophageal rupture: Boerhaave's syndrome. *Clinical Pulmonary Medicine.* 10: 3: 177-182
- Houck W.S., Griffin J.A. (1981) Spontaneous linear tears of the stomach in the newborn infant. *Ann. Surg.* 193: 6: 763-767
- <http://www.emedmag.com/html/pre/gic/consults/071505.asp>
- Isquiere, S.F.S., Haggerty J.T., Eckert G. (1970) Spontaneous rupture of the esophagus. *Surgery.* 67: 607
- Joseph J., Curci Marc J. (1976) Boerhaave's syndrome: the importance of early diagnosis and treatment. *Ann. Surg.* 183: 4: 401-408
- Kallis P., Belsham P.A., Pepper J.R. (1991) Spontaneous rupture of the oesophagus (Boerhaave's syndrome): conservative versus surgical management. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 84: 690-691
- Mackler S.A. (1952) Spontaneous rupture of the esophagus; a clinical and experimental study. *Surg. Gynecol. & Obstet.* 95: 345-356
- Martin D.W., Watts H.D., Smith L.H. (1974) Complications of vomiting — The Boerhaave and the Mallory-Weiss syndromes — medical staff conference, University of California, San Francisco. *West. J. Med.* 121: 50-54
- Mueller D.K. Esophageal rupture. (2011) <http://emedicine.medscape.com/article/425410-overview?showall>. 2008 Esophageal rupture.
- Mueller D.K., Govil Y., Kowalski T.E. (2008) Esophageal Rupture. http://emedicine.medscape.com/thoracic_surgery#trauma Esophageal Rupture
- Olsen A.M., Clagett O.T. (1947) Spontaneous rupture of esophagus; report of a case with immediate diagnosis and successful surgical repair. *Postgrad. Med.* 2: 417
- Praveen K.R. (2006) Boerhaave syndrome. <http://www.emedicine.com/med/topic233.htm>
- Richardson J.D., Martin L.F., Borzotta A.P., Polk H.C. (1985) Unifying concepts in treatment of esophageal leaks. *Am. J. Surg.* 149: 1: 157-162
- Roy P.K. (2011). <http://www.emedicine.com/med/byname/boerhaave-syndrome.htm>.
- Roy P.K., Curci J.J., Horman M.J. (1976) Boerhaave's syndrome: the importance of early diagnosis and treatment. *Ann. Surg.* 183: 4: 401-408
- Scott H.J., Rosin R.D. (1995) Thoracoscopic repair of a transmural rupture of the oesophagus (Boerhaave's syndrome). *J. R. Soc. Med.* 88: 414-415
- Smith J.W., Gossard J.L. (2005) Esophageal perforations emerg. *Med.* 37: 7: 33-37
- Whonamedit? A dictionary of medical eponyms. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2404.html>
- Wiseman H.J. et al. (1959) Spontaneous rupture of the esophagus in a newborn infant. *J. Pediatr.* 55: 207

ленням. Операційна бригада складалась з лікаря ендоскопіста, асистента та ендоскопічної медичної сестри. Використовувались як відео-, так і фіброволоконні ендоскопи фірми «Olympus».

У всіх випадках для встановлення ЧЕГ використовували техніку постановки *Pull-Type*. З періоду 2011 по 2012 рік нами проведено 25 операцій по розміщенню ЧЕГ, з них 24 чоловіка і 1 жінка. Переважно оперативні втручання проводились у хворих з тяжкими неврологічними захворюваннями, і більшість з яких перенесли тяжку черепно-мозкову травму.

Результати

Всі операції виконані успішно без ускладнень. У 4 пацієнтів були ускладнення, які спостерігались на 4-5 тижні. З них, у 3 відмічався «бампер» синдром, з потребою перестановки ЧЕГ в сформований гастростомічний канал. В 1 випадку відмічався «бампер» синдром з розвитком флегмони передньої черевної стінки. Слід зазначити що всі ускладнення виникли по причині невідповідного подгляду за ЧЕГ (при перев'язці стерильну серветку розміщували під зовнішній фіксуєючий валік, таким чином збільшуючи тиск між фіксуєючими елементами яке в свою чергу призводило до пошкодження м'яких тканин передньої черевної стінки і передньої стінки шлунка.

Висновки

ЧЕГ має значні переваги в доступі до ентерального харчування в порівнянні з іншими засобами (назогастральний, назоентеральний зонди) і виступає як альтернатива лапаротомній гастростомії. Увага до деталей в техніці виконання, і старанний догляд в післяопераційному періоді, може зробити цю операцію безпечною для хворих, які вимагають проміжного і довгострокового доступу до ентерального харчування. ЧЕГ не потребує додаткового вартісного обладнання і може бути виконана в хірургічному стаціонарі будь якого рівня, який має навіть просте ендоскопічне обладнання.

Література

- Попов А.А., Верба А.И. (2000) Опыт применения перкутанной, эндоскопически контролируемой гастростомии. *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.* 4; 3: 55-56
- Burghart W., Schepach W., Hoffman K. (1989) Perkutane endoskopische gastrostomie: erfahrungen mit 124 patienten. *Akt. Ernahr.* 14: 179-184
- John C., Fang M.D., Mark H., DeLegge M.D. (2011) enteral feeding in the critically ill: the role of the gastroenterologist. *Am. J. Gastroenterol.* 106: 1032-1037
- Lachter J., Dolinsky R., Peretz D., Reshef R. (2006) Long-term use of percutaneous endoscopic gastrostomies: a survey of duration of use and level of maintenance. *The Internet Journal of Gastroenterology.* 4; 2: 35-56
- Norton B., Homer-Ward M., Donnelly M.T. et al. (1996) A randomised prospective comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding after acute dysphagic stroke. *BMJ.* 312: 13-16
- Park R.H., Allison M.C., Lang J. et al. (1992) Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. *BMJ.* 304: 1406-1409
- Ponsky J.L., Gauderer W.L. (1989) Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, limitations, techniques and results. *World J. Surg.* 13: 165-172
- Westaby D., Young A., O'Toole P. et al. (2010) The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. *Gut.* 59: 1592-1605