БЕЗОАР З СУМІШИ КОРЕНЮ ЖИВОКОСТУ, ПРОПОЛІСУ ТА МЕДУ ПРИЗВІВШИЙ ДО СИНДРОМУ МЕЛЛОРІ-ВЕЙССА

Никишаев В.И., Задорожний А.М., Садовий В.Ю.
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Кількість захворювань, що призводять до шлунково-кишкових кровотеч, нараховується до 116 [1]. В наведених джерелах згадуються і сторонні тіла шлунково-кишкового тракту, до яких відносяться безоари. Це речовини, що потрапили в шлунок з їжею або в результаті шкідливих звичок та, з якихось причин, не перетравлюються або не проходять по шлунково-кишковому тракту, накопичуються, ущільнюються, формуючи конгломерат. В залежності від походження розрізняють фітобезоари, тріхобезоари, себобезоари, шеллакобезоари, піксобезоари [3,5-7], які можуть бути одиничними чи множинними [3,5,7]. До факторів, що сприяють виникненню безоарів відносять неповне перетравлення їжі, порушення моторики шлунка, зміна фізичних параметрів шлункового секрету (збільшення об'єму і в'язкості слизу) [6].

Найчастіше, 70-75% випадків серед всіх різновидностей безоарів, зустрічаються фітобезоари шлунка [3,5-7]. Фітобезоари формуються з рослинної клітковини, на яку не впливає шлунковий сік. Їх виникнення обумовлено вживанням в їжу цитрусових, хурми, фініків, інжиру, винограду, черемхи (ці плоди багаті дубильними речовинами). Тріхобезоари формуються у людей зі звичкою гризти та ковтати волосся, шерсть, і зазвичай зустрічаються у психічно неврівноважених осіб (частіше це жінки молодого віку зі схильністю до істерії) [5,7]. Себобезоари утворюються при частому вживанні тваринного жиру, що призводить до його ущільнення [5]. Шеллакобезоари зустрічаються при частому вживанні спиртового лаку, нітролаку і розчинників [5]. Піксобезоари утворюються у людей зі звичкою жувати і ковтати смолу чи вар [5]. Час утворення безоара обчислюється як кількома днями, так і роками [3,5].

Клінічна картина залежить від різновиду і розмірів безоара, його локалізації (шлунок, дванадцятипала кишка), кількості, тривалості перебування в шлунково-кишковому тракті і наявності ускладнень. Характерними для всіх видів безоарів вважається біль в епігастрії, нудота і блювота, зменшення ваги. При великих розмірах безоара можливе його пальпаторе виявлення у вигляді пухлиноподібного утвору в епігастральній ділянці. Безоар являється стороннім тілом і при довготривалому розташуванні в шлунку призводить до появи ускладнень. Найчастіше зустрічаються виразки слизової (пролежні), кровотеча, перфорація. В деяких випадках безоари спонтанно евакуюються із шлунка, обтуруючи просвіт дванадцятипалої або тонкої кишки, що призводить до гострої кишкової непрохідності [3,5,6].

При наявності безоару в шлунку (особливо значних розмірів — більше 5 см в діаметрі) імовірне виникнення багаторазової блювоти, що призводить до постійного травмування, розривів слизової оболонки в області стравохідно-шлункового з'єднання та кровотечі (синдром Меллорі-Вейсса). Саме тому безоари підлягають неодмінному видаленню. Безоари невеликих розмірів (до 2 см в діаметрі) видаляються одним цілим за допомогою петлі чи корзинки. Безоари крупних розмірів (більше 2 см в діаметрі) потребують дроблення на дрібні фрагменти перед видаленням [4,5]. Для цієї мети, як правило, використовується поліпектомічна петля, інколи з використанням електрокоагуляції [4]. Відомий спосіб консервативного методу лікування, що полягає у зрошуванні фітобезоару ферментним препаратом (введеним через катетер в інструментальний канал ендоскопа), який розщеплює клітковину [7]. Нами був розроблений та успішно застосований пристрій для ендоскопічного видалення фітобезоарів шлунка [2].

Приводимо казуїстичний випадок з нашої практики

Хворий С., 73 р., каретою швидкої допомоги доставлений в приймальне відділення КМКЛШМД., зі скаргами на багаторазову блювоту мало зміненою кров'ю, головокружіння, загальну слабкість. Захворів гостро, на протязі 2 годин з появою вище зазначених скарг. З анамнезу: хворіє на артрит кульшових суглобів, з приводу чого на протязі 2 тижнів вживав суміш з перетертого кореню живокосту*, прополісу та меду.

На момент госпіталізації загальний стан хворого середньої тяжкості. Свідомість ясна. Шкірні покриви блідо-рожеві, тургор звичайний. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Дихання везикулярне, ЧД 17 за хв., Ps 88 за хв., ритмічний, АТ 140/90 мм рт.ст. Живіт приймає участь в акті дихання, м'який, незначно болючий в епігастрії. Симптоми подразнення очеревини негативні. Per rectum: кал чергного кольору. Пацієнт госпіталізований в хірургічне відділення з попереднім діагнозом: Шлунково-кишкова кровотеча. Виразкова хвороба шлунка?

Хворому виконано ЕГДС: стравохід: вільно прохідний, слизова в нижній третині гіперемована, в області стравохідно-шлункового з'єднання два лінійних дефекта: по передній стінці 1,0×0,4 см з фіксованим згортком крові, з під якого просочується кров; по задній стінці — 0,6×0,3 см з фіксованим згортком крові. Проведено електрокоагуляцію обох дефектів, досягнуто гемостаз. В шлунку значна кількість зміненої крові, огляд затруднений, видима слизова гіперемована. По великій кривизні верхньої і середньої третини тіла шлунка візуалізується стороннє тіло ~ 10,0×8,0 см неправильної форми, темного кольору, який сформован з 8 частин. В області кута шлунка відмічається поверхневий дефект слизової під фібрином 0,5 см в діаметрі. Пілорус та цибулина ДПК без особливостей. Заключення: синдром Меллорі-Вейсса F IB, F IIB,. Фітобезоар шлунка. Виразка шлунка. Виконана електрокоагуляція розривів.

Наступного дня хворому проведено повторну ЕГДС: Дефекти слизової стравоходу під коагуляційним струпом. Безоар фрагментований на 6 шматків, більшість з яких роздроблено на дрібні шматочки при допомозі безоаротриптера [2]. Хворому проводилась геиостатична терапія. Проведено ЕГДС наступного дня: у верхній третині тіла шлунка по великій кривизні 3 фрагмента фітотобезоару, цибулина ДПК обтурована фрагментом, який було виведено в шлунок і фрагментовано на дрібні шматки, частково видалено. Наступного дня 3 фрагменти фітотобезоару шлунка роздроблено і більшу частину найбільших шматків видалено.

Через 2 дні проведено контрольну ЕГДС, що підтвердило відсутність сторонніх тіл на всьому протязі обстежуваних ділянок. На 5 добу пацієнт виписаний в задовільному стані.

Література

1. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. (1976) Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. (Москва). «Медицина». 272 с.
2. Нікішаєв В.І., Задорожній О.М. (2007) Патент. №22869 А Україна А61В 17/00. Ендоскопічний безоаротриптор. Офіційний бюлетень. 5
3. Рузаева Л.А., Белобородова Э.И., Шуталев Л.Б., Егоров И.С. (2001) Случай фитобезоара желудка. Клиническая медицина. 10: 63-64
4. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. (1985) Руководство по клинической эндоскопии. (Москва). «Медицина». 543 с.
5. Черноховская Н.Е. (2004) Современные технологии в эндоскопии. (Москва). 135 с.
6. Classen M., Tytgat G.N.J., Lightdale C.J. (2002) Gastrointestinal endoscopy. (Stuttgart-New York). 777 pp
7. Silvis S.E. (1990) Therapeutic Gastrointestinal Endoscopy. IGA-KU-SHOIN. (New York-Tokyo). 411 pp

* Корень живокосту успішно використовували у лікуванні понад 100 захворювань ще лікарі античного світу — Авіценна і Парацельс. Живокіст дуже популярний в народній медицині. В якості лікарської сировини використовується корінь, на його основі готують відвари, настої, спиртові настоянки, мазі та порошки. Його використовували для лікування виразкової хвороби, для лікування туберкульозу, бронхіту та дизентерії у вигляді компресу із щойно перетертих коренів. Зовнішньо препарат застосовується для лікування трофічних виразок, гнійних ран, запальних захворювань порожнини рота, радикуліту та артриту. Тривалий прийом препарату рослини шкідливий, маючи канцерогенний і мутагенний ефект. Крім медицини, живокіст використовується в косметичній галузі — після його застосування відновлюється епітелій і поліпшується колір шкірних покривів. Ароматичні масла із включенням екстракту живокосту застосовуються для тонізуючих ванн.

СИНДРОМ БУВЕРЕ — ІСТОРІЯ ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Нікішаєв В.І., Садовий В.Ю., Задорожній О.М., Астахов В.В., Болотських М.О.
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Léon Bouveret (1850-1929) французький терапевт. Народився і виріс в маленькому містечку Сен-Жульєн-сюр-Рейссуэв, в 70 км на північ від Ліона [32]. Його батько був лікарем, і з раннього дитинства займався вихованням і навчанням сина. Леон ріс обдарованою дитиною, і вже під час навчання в середній школі, проявив себе, вигравши шкільний академічний конкурс з латинського віршування. Бувере почав свою медичну освіту в Ліоні, і продовжив у Парижі, де він, у 1873 році, зайняв третє місце з поміж сорока кандидатів у конкурсі на інтернатуру в Паризькому шпиталі. У 1878 році у віці 29 років, він отримав ступінь доктора і повернувся до Ліона. Там він став директором нещодавно створеної клініки медичного факультету в Ліоні, якою керував професор Рафаель Лепін, і з часом став лікарем шпиталю [47]. 1880 році Бувере був призначений доцентом. У 1884 році Леон Бувере зі своїми молодими колегами досліджували спалахи епідемії холери в Ардеш, організовувавши обстеження, лікування і загальний догляд за хворими на холеру. Два роки по тому Бувере і Раймонд Тріп'є написали книгу «Лікування тифозної гарячки холодними ваннами», про доволі жорсткий, але ефективний метод лікування, який швидко завоював визнання в Ліоні [26]. Але найбільшим досягненням Бувере став підручник «Лікування хвороб шлунка» яка опублікована в 1893. Ця книга протягом десятиліть, залишалась визнаним медичним підручником. У цій роботі Бувере виявив себе рішучим прихильником хірургічного лікування хвороб шлунка і лікарем-новатором, який з ентузіазмом підтримував нові прогресивні хірургічні методи. З 1882 він став членом редакційного комітету журналу *Lyon médicale*, в якому згодом опублікував багато своїх наукових праць. Усі публікації Бувере були перекладені на німецьку мову. Бувере залишив практичну діяльність в шпиталі в 1900 році. Проте, під час Першої світової війни він декілька разів повертався до своєї роботи в цій установі [26]. Через несприятливі обставини він ніколи не був призначений професором на факультеті. Бувере продовжував свою власну практику, яка з часом набула всесвітнього визнання і значних масштабів, багато його колег і учнів радилися з ним про свої складні випадки з тяжко хворими пацієнтами. Леон Бувере вважався видатним діагностом. Він особисто брав участь у догляді за своїми пацієнтами, сам проводив хімічні та бактеріологічні дослідження.

Клінічна картина, шлункової обструкції, каменем з жовчного міхура, була вперше описана в 1770 році Бейзер (Beaussier). В1896 році Бувере детально описав два випадки гострої обструкції пілородуоденальної області, спричиненою жовчними конкрементами, які мігрували через норицю, між жовчним міхуром і пілородуоденальною ділянкою дванадцятипалої кишки [8,9,14] і згодом цей стан став *синдромом Бувере I* [48] (синдром Бувере II — *Bouveret-Hoffmann syndrome* застарівший термін для, пароксизмальної суправентрикулярної тахікардії [49]). Цей синдром вважається казуїстикою [17,41,45].

Утворення нориці відбуваються в результаті запалення стінки жовчного міхура, і як наслідок формування спайки між жовчним міхуром і сідничною кишечника, в подальшому виникає хронічного запалення, з порушенням артеріального кровопостачання і зменшення венозного відтоку [25]. В цій ділянці виникає некроз тканин, і під тиском створеним жовчним міхуром, в наслідок запалення, конкремент мігрує через сформовану норицю з просвіту міхура в просвіт кишечника, викликаючи кишкову непрохідність [27].

Формування нориці при жовчнокам'яній хворобі, є рідкісним ускладненням, при її наявності, у 85% хворих конкременти проходять спонтанно без клінічних ознак. У решти 15% хворих, або 0,3-0,5% всіх пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою, розвиваються клінічні ознаки кишкової непрохідності.

Найчастіше конкременти мігрують в клубову кишку (60%), проксимальний відділ клубової кишки (24%), дистальний відділ худої кишки (9%), товстої кишки (2-4%). Від 1% до 3% випадків, конкремент перекриває просвіт дванадцятипалої кишки, викликаючи обструкцію, яка відома як синдром Бувере [4,13,15,26,27,36,44]. Здебільш число випадків даного ускладнення збільшується до 25% у пацієнтів, середній вік яких становить 68,6 р., і вище переважно у жінок [4,11,13].

Синдром Бувере характеризується такими симптомами як, нудота і блювання (87%), блювання з кров'ю (15%), болі в епігастрії і правому підребер'ї (71%), лихоманка (5%), здуття живота, анорексія (13%), втрата ваги (14%), виразні ознаки зневоднення, і обов'язково анамнез жовч нокам'яної хвороби [2, 31]. Жовтуха, шлунково-кишкова кровотеча, панкреатит, перфорація дванадцятипалої кишки, зустрічаються рідше [11].

Диференціальний діагноз проводять з такими захворюваннями [38,40,43]: запального ґенезу (виразкова хвороба, ерозивна гастропатія, хвороба Крона); злоякісні новоутворення (рак антрального відділу шлунка, рак дванадцятипалої кишки, рак підшлункової залози, рак великого дуоденального сосочка, холангіокарцинома); не пов'язані з захворюванням ДПК (зовнішне стиснення, пролабування поліпа антрального відділу шлунка, безоар, підшлункові псевдо кісти, стороннє тіло, діабетичний гастропареза (псевдо-обструкція)).

Однак, не завжди відмічаються подібні клінічні ознаки. Усвідомлення того, що жовчні камені можуть бути причиною високої кишкової непрохідності, є найбільш важливим фактором в діагностиці, яка може бути підтверджена за допомогою УЗД, КТ, МРТ, рентгенологічних та ендоскопічних методів [27]. УЗД черевної порожнини або комп'ютерної томографії є інформативним приблизно в 60% випадків [26].

Рентгенографія при даному синдромі включає тріаду симптомів, таку як: непрохідність кишківника, аеробілія і поза міхурове розміщення рентген-контрастного конкре-