

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, розривлен, 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: *C-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 *Cγ* 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 вогнищево 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

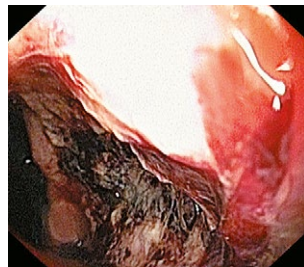


Рис. 1
Лінійний дефект задньо-правой стінки стравоходу

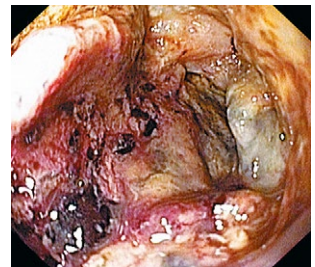


Рис. 2
Стінки абсцесу представлені гнійно-некротичними масами з тромбованими судинами та фіксованим згортами

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 імплантатів в отвір ЧЕГ або гастростомічного каналу.

Частіше 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 переміщується в товщу гастростомічного каналу, в свою чергу слизова звужує просвіт каналу (загоєо дефект слизової) та відістане 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

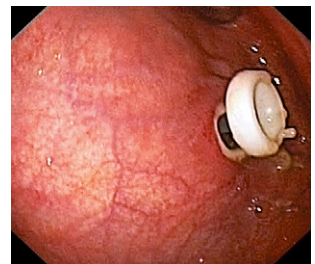


Рис. 4
Переміщена гастростомічна трубка в просвіт шлунка

причини виникнення бампер синдрому порушення догляду за стомаком: перев'язувальний матеріал розміщують між зовнішнім фіксуєчим елементом та шкірою, таким чином збільшують натиск між тканинами що в свою чергу призводить до розвитку ускладнення.

Діагноз підтверджується під час ендоскопічного дослідження, яке демонструє частково або повністю прихований в товщі слизової внутрішній фіксуєчий елемент (бампер).

Лікування бампер синдрому, при вчасній діагностиці зводиться до переустановлення гастростоми в попередньому чи новому місці, але це пов'язано з додатковими фінансовими витратами.

Нами був розроблені два нових методів ліквідації бампер синдрому. При повному згоїні слизової оболонки шлунку в ділянці стоми (рис. 1) — після видалення гастростомічної трубки, під помірним тиском в гастрономічний канал вводився жорсткий провід-

ник, а потім по ньому в шлунок вводилась ПВХ трубка (рис. 2). При неповному згоїні слизової оболонки шлунку в ділянці стоми (рис. 3), після діагностики бампер синдрому, в просвіт гастростомічної трубки вводився жорсткий провідник, що створювало жорстку конструкцію. Потім під помірним тиском, в бік просвіту шлунка, вся ця конструкція переміщалася в порожнину шлунка (рис. 4).

Попередити дане ускладнення можливо притримуючись деяких заходів. Чітке виконання техніки встановлення ЧЕГ з оптимальним зведенням двох фіксуєчих елементів, без надмірного стиснення тканин. При щоденному догляді за стомаком всі марлєві пов'язки розміщуються над зовнішнім фіксуєчим елементом. Контрольні ендоскопічне дослідження на 7–8 добу після встановлення ЧЕГ, з послабленням фіксуєчих елементів 3–4 см. та частковому зануренню трубки в шлунок.

КАЗУИСТИЧЕСКОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Новохатний П.В., Паргола Д.В.

КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», Запорожье, Украина

Введение. Отечественная литература отмечает, что 12,1% пациентов с инородными телами страдали нарушениями психики или алкоголизмом, в 97,1% проглатывание предметов было умышленным и лишь в 2,9% — случайным. Различные предметы чаще проглатывают женщины — 64–69,3%. Согласно данных американской ассоциации гастроинтестинальной эндоскопии умышленно проглоченные инородные тела требуют эндоскопического исследования в 63–76%. При этом 12–16% случаев оканчиваются хирургическим вмешательством.

Цель работы: описать клиническое наблюдение редкого инородного тела пищевода и желудка.

Материалы и методы. Молодой мужчина нормостенического телосложения Б. 1986 г.р., страдающий олигофренией легкой степени, доставлен родственниками 07.03.2016 г. в приемный покой КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», ИБ № 3946. Со слов родственников пациент накануне проглотил зубную щетку. Эзофагоскопия проводилась фиброгастрооскопом Olympus GIF-20 под местной терминальной анестезией 10% раствором лидокаина. Захват инородного тела в пищеводе осуществлен многозарядовой овальной электрохирургической петлей широкого раскрытия Olympus SD-9U-1.

Результаты. При эндоскопическом исследовании в нижней трети пищевода визуализировано инородное тело: продолговатый предмет с гладкой поверхностью — рукоятка зубной щетки (рис. 1) — на 4 см выступает из розетки кардии. При этом большая часть

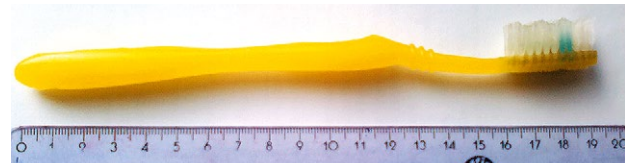


Рис. 1

Извлеченная зубная щетка

инородного тела располагается в желудке. На находящуюся в пищеводе часть наброшена петля, фиксирована. Медленной тракцией удалось полностью переместить инородное тело в верхнюю треть пищевода и ротоглотку. В ротоглотке конец рукоятки захвачен корнцангом. Инородное тело извлечено.

Заключение. Таким образом, успешное завершение операции стало возможным благодаря медленной тракции надежно захваченного инородного тела и комбинированному использованию эндоскопического оборудования и хирургического инструмента.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Новохатний П.В.

КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», Запорожье, Украина

Введение. Зарубежные авторы отмечают затруднения при интубации трахеи в 1,5–8,5% случаев. Отечественные литературные источники отмечают, что при обычной анестезии частота трудной интубации трахеи составляет 3–18%. Трудности при интубации трахеи могут приводить к серьезным осложнениям, особенно если интубация неудачна.

Цель работы: поделиться опытом использования эндоскопической техники при проведении эндотрахеального наркоза пациентам с хирургической патологией.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2015 год включительно в КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья» нами проведена эндоскопическая интубация трахеи у 369 пациентов с хирургической патологией. Показаниями к проведению эндоскопической интубации трахеи были сокращение объема движения нижней челюсти, нестабильность шейного отдела позвоночника, анатомические особенности затрудняющие оротрахеальную интубацию под контролем прямой ларингоскопии. Последняя группа включала в себя короткую шею, увеличенный язык, аномалии хрящей гортани (наиболее часто встречалась дисгенезия надгортанника). Все пациенты были старше 18 лет. Использовались фиброbronхоскопы Olympus VF type 20D и B-VO-3 ЛОМО. Манипуляции проходили под местной терминальной анестезией лидокаином 10% и под общим обезболиванием (внутривенный наркоз). Методика эндоскопической интубации трахеи состояла в следующем. Интубационную трубку калибра 7,5–8,0 мм располагали на тубусе фиброbronхоскопа. Последний проводили в трахею трансназально

либо трансорально. После определения эндоскопических маркеров трахеи (хрящевые кольца, карина) в её просвет спускали интубационную трубку.

Результаты. Эндоскопическая интубация под вводимым наркозом проходила после нескольких неудачных попыток выполнения манипуляции стандартным способом под контролем прямой ларингоскопии. При этом наблюдался отек гортани, осаднение её слизистой, ухудшающие условия эндоскопического исследования. Однако главным негативным фактором являлся лимит времени, отводимого на процедуру. Как правило, он не превышал 35 секунд, в течение которых пациент оставался без вентиляционной поддержки. В силу вышесказанного провести эндоскоп в трахею не всегда удавалось с первого раза. Количество попыток доходило до 4. При проведении эндоскопа через носовую полость траектория его движения пролегла через нижний, реже средний носовой ход. После прохождения хоаны под мягким небом четко визуализировалась гортань. Оротрахеальная фиброbronхоскопия затруднялась наличием «слепой» зоны между языком и твердым небом. Для её успешного преодоления эндоскоп продвигали строго по срединной линии.

Заключение. Лучшие условия эндоскопической интубации трахеи обеспечивает местная анестезия при спонтанном дыхании пациента. Трансназальный способ проведения фиброbronхоскопа обеспечивает визуальный контроль при прохождении всех анатомических отделов и является, на наш взгляд, оптимальным в ургентных ситуациях.

ЕНДОСКОПІЧНІ ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ В НЕВІДКЛАДНІЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНИЙ ХІРУРГІЇ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Кондратюк О.П., Хілько Ю.О., Литвин О.І.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ, Україна

Вступ. Основною задачею лікування механічної жовтяниці в ургентній абдомінальній хірургії є декомпресія біліарного тракту.

Матеріали та методи. Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 2340 пацієнтів з холедохолітазом та пухлинами периапулярної зони, що знаходилися на лікуванні у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу з 2010 по 2016 рр. З них холедохолітаз спостерігали у 1710 (73,1%) пацієнтів, пухлини периапулярної зони — у 630 (26,9%) пацієнтів. Серед досліджуваних пацієнтів було 1210 (52%) жінок і 1130 (48%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав 55,8±10,55 років.

Результати. В групу неускладненого холедохолітазу нами були включені 630 пацієнтів, розміри конкрементів яких не перевищували діаметр дистального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП), що при виконанні адекватної ендоскопічної папілосфинктеротомії (ЕПСТ) дозволяло легко видалити їх за допомогою кошика Дорміа чи балонного літосектора. Мікрохолелітаз спостерігали у 127 пацієнтів. Множинний холедохолітаз мав місце у 495 пацієнтів, при його лікуванні застосовували активну та активно-вичікувальну тактику лікування. Вклинені конкременти великого сопочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) спостерігалися у 175 пацієнтів. Всі хворі з ампулярним холедохолітазом підлягали

ендоскопічному лікуванню з пріоритетним застосуванням атипової папілотомії. Фіксовані конкременти жовчних протоків мали місце у 207 пацієнтів. Складнощі ендоскопічного лікування цієї категорії пацієнтів зумовлені щільною фіксацією конкремента в інтрапанкреатичному відділі ЗЖП, що не дає можливості обйти конкремент інструментом з метою його захоплення та видалення. ЕТПВ при синдромі Мірізі виконували у 76 пацієнтів. Механічна літотрипсія була ефективною лише у 29 пацієнтів з цією нозологією ендобіліарного тімчасового стентування.

Ускладнення ендоскопічних транспаплярних втручань відмічали у 127 (7,4%) пацієнтів: кровотеча з країв папілотомної рани — у 67, гострий панкреатит — у 54, вклинена кошику Дорміа з конкрементом в дистальному відділі жовчної протоки — у 4 та ретродуоденальна перфорація — у 2 пацієнтів.

Ендоскопічні біліодекомпресивні втручання виконані нами у 615 пацієнтів з іктеро-геміними пухлинами периапулярної зони. Як діагностичний та лікувальний метод, супрапаялярна холедоходуоденостомія (СПХДС) при пухлинах ВСДК виконана у 115 пацієнтів. У 78 пацієнтів з переходом неопластичного процесу на дистальний відділ ЗЖП, СПХДС була безуспішною та доповнювалась ендобіліарним стентуванням.