

УДК 616.33-089.86

ЧЕРЕЗШКІРНА ЕНДОСКОПІЧНА ГАСТРОСТОМІЯ У ХВОРОГО З АПАЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Федюшкін С.О., Агафонов К.Є., Ковтонюк В.А., Петров К.Є.

Міська лікарня №16, м. Кривий Ріг, Україна,
e-mail: serg fedushkin@ukr.net

Резюме. У статті наведено клінічне спостереження пацієнта з апалічним синдромом, який розвинувся в результаті дорожньо-транспортної пригоди. Апалічний синдром – комплекс психоневрологічних розладів, що виявляється як повна втрата пізнавальних функцій кори головного мозку при збереженні інших основних вегетативних функцій головного мозку.

Хворому була накладена ендоскопічно гастростома для харчування. Упродовж 3 місяців спостереження стома функціонує без ознак запалення шкіри навколо неї.

Висновки. Черезшкірна ендоскопічна гастростома є оптимальним методом вибору для корекції дисфагії центрального генезу у важких хворих, які не можуть приймати їжу через рот, а тому потребують тривалого ентерального харчування.

Ключові слова: ендоскопічна гастростома, апалічний синдром.

Вступ. Апалічний синдром чи пильнуюча (чуйна) кома – комплекс психоневрологічних розладів, що виявляється як повна втрата пізнавальних функцій кори головного мозку при збереженні інших основних вегетативних функцій головного мозку. При цьому переважно уражаються медіобазальні відділи лобових і скроневих областей.

Цей синдром може виникати в результаті черепно-мозкових травм, реанімаційних заходів (післяреанімаційна енцефалопатія), після вірусних енцефалітів (менінго-енцефалітів). Він може також розвиватися повільно (протягом декількох місяців чи років) на заключній стадії хронічних захворювань із ураженням головного мозку.

Клінічна картина апалічного синдрому часто розвивається після виходу хворого з коматозного стану, коли відновлюється його відчуття. При цьому очі хворого відкриті, він обертає ними в очницях, але погляд не фіксує, мова й емоційні реакції відсутні, словесні команди хворим не сприймаються і контакт з ним не можливий.

При цьому основні вегетативні функції (дихання, діяльність серцево-судинної системи, ссання, ковтання, виділення сечі та калу) у хворого зберігаються. Іноді у таких хворих спостерігаються хватальний рефлекс Янішевського, а також відкривання рота і висовування язика при наближенні предметів до обличчя [1].

У комунальному закладі «Криворізька міська лікарня №16» з 15.12 по 22.12.2017 року перебував на лікування у хірургічному відділенні №1 хворий Г., 69 років. З анамне-

зу встановлено, що 22.08.2016 р. був травмований у результаті ДТП. З 22.08.16 по 08.10.2016 року знаходився на стаціонарному лікуванні у відділенні політравми з діагнозом: ЗЧМТ. Стиснення головного мозку, субдуральна гематома лівої півкулі та внутрішньочерепна гематома в лівій скроневій долі. Субарахноїдально-вентрикулярний крововилив. Перелом склепіння та основи черепа. Операція 22.08.2016 видалення субдуральної та внутрішньомозкової гематом. Ускладнення: Продовжена кома з переходом у апалічний синдром, тетраплегія, порушення функції тазових органів по центральному типу. Контузія обох очей важкого ступеня. набряк обох дисків зорових нервів. Супутній діагноз: Перелом верхньої щелепи. Закрита травма грудної клітки: перелом 5-7 ребер справа.

При госпіталізації стан хворого важкий, рівень свідомості – кома. Шкірні покриви бліді, помірно вологі, набряків немає. Астенік, виснажений хворобою. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Дихання через трахеостому. При аускультатії над легенями везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця притишені, діяльність серця ритмічна. Гемодинаміка стабільна АТ-110/70 мм рт. ст., пульс – 86 ударів за хвилину, задовільних властивостей. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт симетричний, не здутий, приймає участь у диханні. Очі хворий відкриває, повертає їх, але погляд не фіксує, мова й емоційні реакції відсутні. Словесні команди хворим не сприймаються, контакт з ним не можливий.

Кінцівки зігнуті у ліктьових, кульшових та колінних суглобах, кисті стиснуті в кулаках. Ступні зігнуті в області підшов. Зрідка виникають спазми м'язів тонічні та нетривалі, гіперкінези верхніх та нижніх кінцівок.

При догляді за хворим у рідних щодня виникали проблеми з установкою зонду з метою харчування через виражений синдром дисфагії центрального генезу. У зв'язку з цим було прийняте рішення про проведення оперативного втручання шляхом накладення черезшкірної ендоскопічної гастростоми. В умовах стаціонару хворий був всебічно обстежений, оглянутий лікарями неврологом, терапевтом і анестезіологом. Основні показники гомеостазу, крім рівня свідомості, були стабільними та компенсованими.

15.12.2017 під внутрішньовенним наркозом проведено оперативне втручання за методикою, описаною Бала-ликіним А.С. зі співавторами [2] та Дикаревою Є.А. зі співавторами [3], із застосуванням хірургічного набору фірми В. Braun (2017 р.).



Рис. 1. Захоплення в шлунку провідника, проведеного через пункційну голку.



Рис. 2. Гастростома з боку передньої поверхні черевної стінки



Рис. 3. Вигляд гастростоми у хворого через 3 місяці після виконання гастростомиї.

Під час операції під контролем гастроскопу проводиться пункція передньої черевної стінки і передньої стінки шлунка пункційною голкою.

Захоплення в шлунку провідника, проведеного через пункційну голку (рис.1), з виведенням його через рот назовні. Проведення гастростомічної трубки, фіксованої до провідника, у порожнину шлунка, а потім на черевну стінку через проколи стінки шлунка та черевної стінки. Таким чином, створені оптимальні умови для ентерального харчування, яке потребує хворий. Остаточний вигляд гастростоми з боку передньої поверхні черевної стінки (рис.2). Зовнішній вигляд гастростоми у хворого через 3 місяці після виконання гастростомії (рис.3). Гастростома функціонує, запальних змін на шкірі навколо неї немає.

Висновки. Черезшкірна ендоскопічна гастростома є оптимальним методом вибору для корекції дисфагії центрального генезу у важких хворих, які не можуть приймати їжу через рот, а тому потребують тривалого ентерального харчування.

References:

1. Gusev Ye.I., Konovalov A.N., Skvortsova V.I. *Nevrologiya i neyrokhirurgiya. Uchebnik v 2-kh tomakh.* Moskva: Meditsina, 2015.
2. Balalykin K.S., Kozin S.M., Savin V.YU., Dobrodeyeva S.A., Vakhonin A.YU. *Chrezkozhnaya endoskopicheskaya gastrostomiya.* Endoskopicheskaya khirurgiya. Moskva: Media Sfera, 2007; 13(1): 115-116.
3. Dikareva Ye.A., Tsentsiper L.M., Nazarov R.V. *Opyt ispol'zovaniya chrezkozhnoy endoskopicheskoy gastrostomii u neyroreanimatsionnykh bol'nykh. Effektivnaya terapiya.* Sankt-Peterburg: Gosudarstvennoye obrazovatel'noye uchrezhdeniye dopolnitelnogo professional'nogo obrazovaniya. Sankt-Peterburgskaya meditsinskaya akademiya poslediplomnogo obrazovaniya federal'nogo agenstva po zdravookhraneniyu i sotsial'nomu razvitiyu. 2011; 17(3): 27-28.

УДК 616.33-089.86

ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧНАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У БОЛЬНОГО С АПАЛЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Федюшкин С.А., Агафонов К.Е., Ковтонюк В.А., Петров К.Е.

Городская больница №16, г. Кривой Рог, Украина,
e-mail: sergedushkin@ukr.net

Резюме. В статье приведено клиническое наблюдение пациента с апаллическим синдромом, который развился в результате дорожно-транспортного происшествия. Апаллический синдром – комплекс психоневрологических расстройств, характеризующийся как полная потеря познавательных функций коры головного мозга при сохранении других основных вегетативных функций головного мозга.

Больному была наложена едоскопически гастростома для питания. В течение 3 месяцев наблюдения стома функционирует без признаков воспаления кожи вокруг нее.

Выводы. Чрескожная эндоскопическая гастростома является оптимальным методом выбора для коррекции дисфагии центрального генеза у тяжелых больных, которые не могут принимать пищу через рот, а потому нуждаются в длительном энтеральном питании.

Ключевые слова: эндоскопическая гастростома, апаллический синдром.

UDC 616.33-089.86

CEREBRAL ENDOSCOPIC GASTROSTOMIA IN PATIENTS WITH APALIC SYNDROME

S.O. Fedyushkin, K.E. Agafonov, V.A. Kovtonyuk, K.Ye. Petrov

City Hospital №16, Kryvy Rih, Ukraine,
e-mail: sergedushkin@ukr.net

Abstract. The article deals with the clinical observation of a patient with apallic syndrome, which developed as a result of a traffic accident. Apallic syndrome is a complex of psychoneurological disorders, which manifests itself as a complete loss of cognitive functions of the cerebral cortex while preserving other basic vegetative functions of the brain.

The patient was supplemented with edoscopic gastrostomy for nutrition. In the course of a three-month observation, the stoma is functioning without signs of inflammation of the skin around it.

Conclusions. Percutaneous endoscopic gastrostomy is the optimal method for choosing to correct dysphagia of the central genesis in severe patients who can not take food through the mouth, and therefore require long-term enteral nutrition.

Keywords: endoscopic gastrostomy, apallic syndrome.

Стаття надійшла в редакцію 06.08.2018 р.