

УДК 617.089

© А. М. БАРТОШ, В. В. АРСЕНЮК, О. В. ГРИНІВ

Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1

## Випадок успішного лікування перфорації виразки Камерона в невправимій грижі стравохідного отвору діафрагми

A. M. BARTOSH, V. V. ARSENIUK, O. V. HRYNIV

Kamyanets-Podilsk City Hospital № 1

### A CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF CAMERON ULCER PERFORATION IN HIATAL HERNIA

Найцікавішим у цьому клінічному випадку є те, що виразка шлунка не є звичайною пептичною виразкою, а ускладненням грижі стравохідного отвору діафрагми. Такі uszkodження слизової шлунка в зоні “шийки” грижового мішка, там де шлунок стискається (травмується) ніжками діафрагми, мають ішемічно-травматичний характер і частіше є не виразками, а лінійними ерозіями, що йдуть по осі шлунка. Їх названо на честь Алана Дж. Камерона з клініки Мейо, який впродовж тривалого часу займався проблемами хронічної анемії у хворих з діафрагмальними грижами. У 1986 р. він зі співавтором опублікував роботу “Linear gastric erosion. A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia”, де акцентував на тому, що uszkodження слизової шлунка на рівні діафрагми при великих грижах є частою ендоскопічною знахідкою і основною причиною хронічної крововтрати й анемії. Задля справедливості треба відзначити, що ще до цієї публікації інші автори вказували на досить високу частоту (3 % і більше) виразок зони шийки грижового мішка, частіше – як причину гострих кровотеч, рідше – хронічної крововтрати, а ще рідше – перфорації. Правильна англійська назва феномена “Cameron lesions” – ураження Камерона, що включає в себе як ерозії (власне, описані ним), так і глибші, більші uszkodження – виразки, які теж переважно мають видовжену по осі шлунка форму і порівняно неглибокі. Частіше вони утворюються на малій кривині шлунка та локалізуються на гребенях складок.

Нині вважають, що частота таких уражень сягає 5 % від усіх випадків діафрагмальних гриж, при яких робили езофагогастроуденоскопію. При розмірах грижі понад 5 см їх частота зростає до 10–20 %, часто вони множинні. Хоч ураження Камерона часто призводять до гострих кровотеч і хронічної крововтрати, вони можуть бути знахідкою у хворих з

діафрагмальною грижею без анемії. Чи вважати ураження Камерона казуїстикою? Очевидно, що ні, хоч це і не є часта патологія. Якщо виходити з цифр, що частота виявлення діафрагмальних гриж при ЕГДС – 0,8–2,9 % і суттєво вища серед осіб похилого віку, то це ураження завжди треба мати на увазі, якщо ми обстежуємо старших хворих із шлунково-кишковими кровотечами, діафрагмальними грижами або хронічною анемією. Можна припустити, що частота уражень Камерона набагато вища, ніж повідомляється у звітах: малі ерозії часто пропускають, при наявності великих гриж стравохідного отвору діафрагми ділянку шлунка, стиснуту ніжками діафрагми, яка при огляді “перекочується” через них, докладно оглянути буває важко, особливо, якщо знехтувати її оглядом знизу в режимі інверсії. З другого боку, виразки Камерона в осіб похилого віку часто розцінюють як звичайні пептичні виразки шлунка, оскільки не зіставляють їх локалізацію з позицією діафрагми. Тим паче, що локалізація пептичних виразок високо на малій кривині шлунка достатньо типова для цієї вікової групи.

При інтерпретації ендоскопічної картини є ключові моменти. Основним критерієм для діагностики грижі стравохідного отвору діафрагми є позиція її ніжок (хіатуса) стосовно шлункових складок. Хибним є уявлення, що діафрагмальні грижі можна діагностувати тільки рентгенологічно. У нормі допускається позиція хіатуса до 2 см дистальніше початку шлункових складок (який, власне, і визначає стравохідно-шлункове з'єднання). Два сантиметри і нижче від початку шлункових складок – діагностичний критерій аксіальної грижі стравохідного отвору діафрагми. Про діагноз грижі свідчать також кільцеподібні зміни Z-лінії – стику плоского стравохідного і циліндричного шлункового епітелію – так зване кільце Шацького, яке ряд авторів вва-

жає патогномонічним для хіатальної грижі. Наводимо наше спостереження.

Хворий Б. віком 89 р., госпіталізований в хірургічне відділення № 1 з ознаками гострого перитоніту. Захворів гостро, близько 8 год тому, коли з'явився різкий біль у животі, нудота, блювання. В анамнезі часта печія, нудота, ознаки шлунково-кишкової кровотечі; не обстежувався, не лікувався. Об'єктивно: загальний стан вкрай тяжкий, хворий зниженого живлення, астеничний, тургор шкіри знижений, шкірні покриви блідо-сірі. Пульс – 98 уд. за 1хв, АТ – 100/70 мм рт. ст. Тони серця приглушені, аритмічні. В легенях дихання везикулярне, поодинокі хрипи. В нижніх відділах дихання дещо ослаблене, більше зліва. Перкуторно – притуплення перкуторного звуку зліва. Язик сухий. Живіт помірно здутий, болючий у всіх відділах, позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика в'яла. Притуплення перкуторного звуку у відлогих відділах живота. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Діурез знижений. Per rectum: нависання та болючість заднього склепіння. Випорожнення було за добу до госпіталізації, звичайне.

УЗД ОЧП та ЕФГДС виконати було неможливо через технічні причини. На оглядовій Ro-графії ОЧП вільне повітря під правим куполом діафрагми та лівим нечітко. При Ro-графії ОГК – частково колабована ліва легень. Хворому встановлено діагноз: “Перфорація виразки ДПК, шлунка? Перитоніт”.

Лабораторні обстеження: Нв – 106 г/л, ер. –  $2,8 \times 10^{12}/л$ , л –  $19,9 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 18 мм/год, гл. – 5,8 мМ/л; заг. ан. сечі – білок-сліди, л. – 5–7 в п/з, еп. пл. – 6–8 в п/з, циліндри гіалінові – 2–4. Біохімічний аналіз крові: заг. білок – 62,3 г/л, сечовина – 10,2 мМ/л, креатинін – 101,4 мкМ/л, протромбіновий індекс – 92 %, фібриноген – 4,44 г/л;  $K^+$  – 3,6,  $Na^+$  – 12,5,  $Cl^-$  – 90.

ЕКГ – гіпертрофія лівого шлуночка з його переважанням; ішемія задньо-бокової стінки, поодинокі екстрасистоли.

Після короткотривалої передопераційної підготовки під ЕТН виконано верхньо-серединну лапаротомію. В черевній порожнині до 500 мл шлункового вмісту, місцями з фібрином. При ревізії виявлено гігантську грижу стравохідного отвору діафрагми зліва, в якій розміщено майже весь шлунок, крім антрального відділу. По малій кривизні шлунка виявлено перфоративний отвір шлунка до 25 мм, з якого виділяється шлунковий вміст; циркулярно на місці перфорації циркулярна борозна (можливо, місце защемлення). Враховуючи вкрай тяжкий стан хворого, нестабільну гемодинаміку, вирішено провести клиноподібну резекцію шлунка на місці перфорації. Низведення шлунка та пластику грижі не проводили через вкрай тяжкий стан хворого. Проведена санація черевної порожнини розчином дексану, дренажування черевної порожнини.

Післяопераційний період перебігав відповідно до тяжкості перенесеної операції, основного захворювання, супутньої патології. На 9-ту добу в задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування.

Через 2 міс. після операції виконано ЕФГДС: на місці перфорації нижній рубець, відмічається кільце Шацького (кільцеподібні зміни Z-лінії – стику плоского стравохідного епітелію і циліндричного епітелію шлунка).

*Висновки.* 1. Практичним хірургам слід пам'ятати про таку патологію, як грижа Камерона.

2. При плановій операції потрібно низвести шлунок в черевну порожнину і виконати пластику стравохідного отвору діафрагми та фундоплікацію, після чого регулярно проводити ендоскопічний контроль.

3. В ургентних випадках при грижі Камерона слід виходити із стану хворого та ступеня дислокації шлунка в плевральну порожнину. Корекція грижі необов'язкова.

4. Дана патологія потребує подальшого вивчення та дослідження.

Отримано 20.03.14