

Случай флегмоны желудка у ВИЧ-инфицированного больного

Н. В. Балицкая^{1,2,*}, М. В. Баглаенко^{1,3}

¹ Городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова, г. Москва

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, кафедра лучевой диагностики

³ ГБОУ ВПО РГМУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, кафедра госпитальной хирургии

Event phlegmon stomach by HIV-infection sick

N. V. Balitskaya, M. V. Baglaenko

Реферат

Представлено клиническое наблюдение с целью иллюстрации редких признаков флегмонозного поражения желудка у ВИЧ-инфицированного пациента. Диагноз был установлен с использованием методов ФГДС, УЗИ и мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости болюсным контрастным усилением, которая позволила определить признаки поражения стенки желудка, протяженность воспалительного процесса, а также состояние окружающих анатомических структур. Случай подтвержден лабораторными исследованиями.

Ключевые слова: ВИЧ, флегмона желудка, МСКТ, контрастное усиление, эндоскопическое исследование.

Abstract

The clinical observation will Presented for the reason illustrations rare symptom phlegmon of the defeat of the stomach by HIV-infection patient. The diagnosis was set up with use the methods gastrofibroscopy, ultrasonography and MCT organ to abdominal cavity with contrasting consolidation, which has allowed to define the symptoms of the defeat of the wall of the stomach, extent of the inflammatory process, as well as condition surrounding anatomical structures. The event is confirmed by laboratory studies.

Key words: HIV, phlegmon of the stomach, MCT, contrasting reinforcement gastrofibroscopy.

Актуальность

Для ВИЧ-инфекции характерна полиорганность поражения. В патологический процесс могут включаться практи-

чески все органы, в том числе и органы желудочно-кишечного тракта, от ротовой полости до толстого отдела кишечника [5, 7].

* Балицкая Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, врач-рентгенолог ГКБ № 15 им. О. М. Филатова, ассистент кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России.

Адрес: 111539, г. Москва, ул. Вишняковская, д. 23.

Тел.: +7 (499) 770-07-88.

Электронная почта: Balitskaya@rambler.ru

Флегмона желудка является тяжелым заболеванием, характеризующимся гнойным воспалением стенки желудка, отсутствием патогномичных клинических симптомов, трудностями диагностики и неудовлетворительными результатами лечения [4]. Диагностические ошибки допускаются как на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи, так и в условиях стационара. Не являются редкостью случаи госпитализации больных в непрофильные лечебные учреждения. По данным разных авторов, встречается в 0,01–0,04 % от прочих острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, летальность – до 40 %. В доступной литературе данных по частоте вторичного поражения желудка у ВИЧ-инфицированных больных не найдено.

Заболевание чаще наблюдается у мужчин молодого и среднего возраста [5]. Возникающие при этом нарушения слизистого барьера способствуют проникновению инфекции в стенку желудка. Благоприятным фоном для развития флегмоны являются такие заболевания, как гипо- или анацидный гастрит, эрозии, язва или рак желудка, желчно-каменная болезнь, панкреатит, снижающие устойчивость стенки желудка к воздействию вирулентной микрофлоры [1–3].

Клиническое наблюдение

Больной В., 32 года, ист. б. № 46632. Доставлен по скорой помощи в приемный покой больницы. При поступлении состояние оценивалось как средней тяжести.

Жалобы на постоянные ноющие боли в верхних отделах живота, больше в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту желудочным

содержимым, не приносящую облегчения, повышение температуры до 39° С. В течение последних 5 дней периодически беспокоили ноющие боли в эпигастрии.

Объективное обследование

При осмотре: больной пониженного питания, черты лица осунувшиеся, лежит с приведенными к животу ногами. Температура тела 38° С. Кожные покровы влажные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, пульс 84 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника выслушивается, не усилена. Печеночная тупость сохранена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, дизурических расстройств нет. Стул однократно, обычной окраски, оформленный.

Предварительный диагноз: острый панкреатит, отечная форма.

Результаты лабораторной диагностики

Общий анализ крови: гемоглобин — 126 г/л, эритроциты — $4,67 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель — 0,80, тромбоциты — 343×10^9 /л, лейкоциты — $13,8 \times 10^9$ /л (формула: палочкоядерные — 1 %, сегментоядерные — 62 %, эозинофилы — 3 %, лимфоциты — 32 %, моноциты — 2 %), СОЭ — 34 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок — 68,5 г/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, креатинин — 74,6 ммоль/л, холестерин — 6,3 ммоль/л, билирубин —

5,2 мкмоль/л, АЛАТ — 14,2, АсАТ — 9,5, ЩФ — 208,4 ед/л, альфа-амилаза — 100 Ед/л, глюкоза — 5,0 ммоль/л.

Время свертывания 3,40 — 4,25, время кровотечения — 1,20.

Реакция Вассермана — отрицательная. Антитела к ВИЧ — обнаружены, HBS +, Ag HCV +.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 1500, эритроциты — 500, цилиндры — 0.

ЭКГ: синусовый ритм, частота сердечных сокращений — 75 в 1 мин.

УЗИ брюшной полости: печень с ровными контурами, паренхима с диффузными изменениями. Внутривенные протоки не расширены. Портальной и билиарной гипертензии нет. Желчный пузырь небольших размеров, стенки не утолщены, в полости конкремент 15 мм. Поджелудочная железа с ровными контурами, однородная. Панкреатический проток нитевидный. Полость сальниковой сумки не расширена. Стенки желудка неравномерно утолщены до 16–18 мм, с зонами пониженной эхогенности до 10–14 мм между слоями (рис. 1). Признаков гастростаза не выявлено. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Аорта не расширена. По ходу аорты объемных образований не выявлено.

Эзофагогастроскопия: грибковое поражение пищевода, внутренние свищи желудка (рис. 2).

МСКТ органов брюшной полости с болюсным мультифазным контрастным усилением (визипак 350 мг 70 мл) и предварительным пероральным контрастированием кишечника водой (рис. 3).

Желудок с жидкостным содержимым, в его просвете и в петлях тонкой кишки визуализируется установленный зонд. Слизистая желудка утолщена, слоистая, накапливает контрастное вещество. Во



Рис. 1. Эхограммы желудка больного В., 32 года. Неравномерное утолщение стенки желудка, с зонами пониженной эхогенности и наличием жидкостного содержимого между слоями

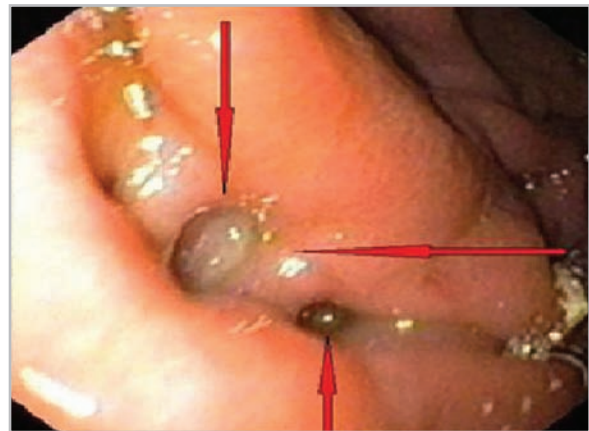


Рис. 2. Результат эзофагоскопии: внутренние свищи желудка с признаками гнойного содержимого

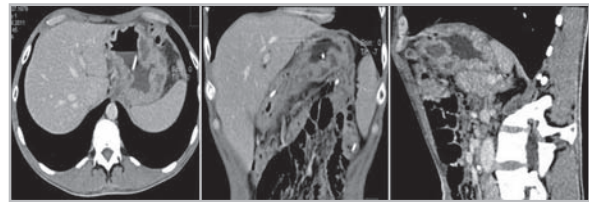


Рис. 3. МСК-томограммы органов брюшной полости больного В., 32 года. Слизистая желудка значительно и неравномерно утолщена, неоднородна. В структуре ее передней и задней стенок определяются жидкостные коллекторы в подслизистом, мышечном и субсерозном слоях желудка (30 HU) и мелкие пузырьки газа. Окружающая клетчатка отечная, не дифференцируется. Парагастральные лимфоузлы увеличены до 15 мм

всех отделах желудка в подслизистом, мышечном и субсерозном слоях определяется скопление жидкости плотностью 30 НУ и мелкие пузырьки газа. Окружающая клетчатка по малой кривизне отечная. Селезенка увеличена, размером 138 × 58 мм, однородной структуры. Лимфоузлы увеличены до 15 мм.

Заключение: Картина соответствует флегмоне желудка с распространением на все слои его стенок и явлениями перигастрита. Гепатомегалия. Лимфоаденопатия.

Окончательный диагноз: ВИЧ-специфическое поражение желудка (флегмона).

Пациент переведен в специализированную инфекционную больницу для проведения курса терапии.

Заключение

Таким образом, данное наблюдение представляет интерес в связи с развитием флегмоны желудка у пациента с ВИЧ-инфекцией. Применение на раннем этапе МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением по-

зволило своевременно поставить правильный диагноз до развития осложнений, угрожающих жизни больного.

Список литературы

1. Антоненков Г. М., Беляев М. П. Диагностика и лечение флегмоны желудка // Клин. хирургия. 1983. № 1. С. 70, 71.
2. Кургузов О. П., Кузнецов Н. А. Флегмона желудка: Обзор // Хирургия. 1995. № 6. С. 52–55.
3. Савчук Б. Д. Флегмона желудка, симулировавшая рак // Клин. хирургия. 1967. № 7. С. 81, 82.
4. Токарев Б. В. Три наблюдения первичных флегмон желудка // Там же. 1973. № 11. С. 78, 79.
5. Bimal P. et al. CT features of acute phlegmonous gastritis. // J. of Clin. Imaging. 2000. V. 24. P. 287, 288.
6. Marc J. S., Rene W. M., Guido N. J. Acute phlegmonous gastritis // Gastrointest Endosc. 1996. V. 44. № 12. P. 80–83.
7. Sakhri J., Youssef S. et al. Phlegmonous gastritis complicated by upper digestive hemorrhage. Digestive diseases and Sciences // Ibid. P. 2435–2438.