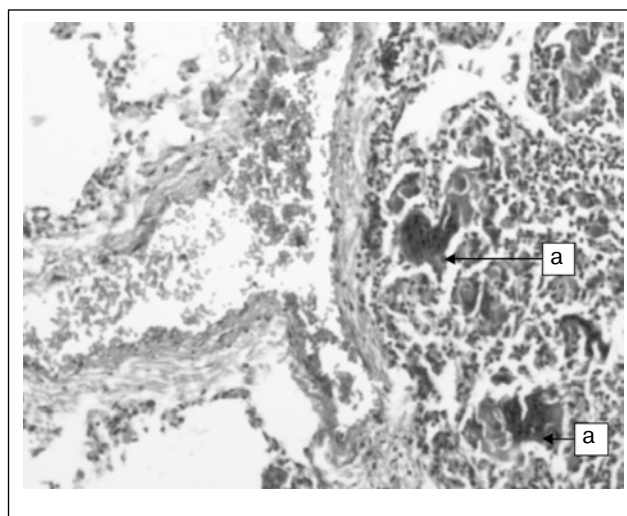


Микрофото 1. На турецком седле атрофированная ткань полушария мозга с сосудистой мягкой мозговой оболочкой, характерная при наружной гидроцефалии



Микрофото 2. Гигантоклеточная пневмония

Т Ы Ж Ы Р Ы М

ГИДРОАНЭНЦЕФАЛИЯ СЫРТҚЫ ГИДРОЦЕФАЛИЯНЫҢ НӘТИЖЕСІ РЕТІНДЕ. ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ОҚИҒА

Е.О. Касымбеков

ҚР ДСМ Сот медицинасы орталығының Алматы филиалы

Осы макроскопиялық және микроскопиялық зерттеудің мақсаты балаларда гидроцефалияның дамуын болдырмау және ерте балалық жаста сәйкес келетін профилактикалық емді қолдану мақсаттарында сот сарапшыларының, патологоанатомдың және клиницист-дәрігерлердің осы дертті ары қарай зерттеулері үшін зерттелген материалды беру болып табылады.

S U M M A R Y

HYDRANENCEPHALY AS OUTCOME OF EXTERNAL HYDROCEPHALUS. CASE HISTORY

Y.O. Kasymbekov

*Almaty Branch of Center Forensic Medicine
Republican State Budget-Supported Enterprise
of the Ministry of Health
of the Republic of Kazakhstan*

Purpose of this macroscopic and microscopical analysis is to submit the materials examined for further study of this pathology by forensic experts, coroners and clinicians in order to prevent progress of hydrocephaly in children and application of relevant preventive treatment in infancy.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

М.К. ИСКАКОВ

Военный госпиталь, г. Талдыкорган

Спонтанный разрыв пищевода относится к числу редких заболеваний и чаще всего диагностируется во время операций и вскрытий. Более 80% спонтанных разрывов встречаются у мужчин в возрасте 50-60 лет. Они возникают при резком нарастании внутрипищеводного давления во время рвотных движений и нарушения координации пищеводных сфинктеров в результате сильного алкогольного опьянения либо заболевания ЦНС (Комаров Б.Д. и др., 1981). Очень редко спонтанный разрыв пищевода возникает при кашле, чихании, смехе, напряжении во время дефекации. В абсолютном большинстве случаев разрыв локализуется непосредственно над диафрагмой слева, где косой гладкомышечный слой тонкий и в целом стенка пищевода слаба. При разрыве пищевода первой разрывается мышечная оболочка. Если разрыв ограничивается мышечным слоем, возникает интрамуральная расслаивающая гематома. В этих случаях возможен последующий разрыв слизистой оболочки. При одномоментном разрыве всех слоев пищевода обычно повреждается медиастинальная плевра (Новосельцева Е.Д., Френкель Ф.М., 1979). Разрывы пищевода, связанные с повышением внутрипищеводного давления, встречаются в виде казуистических

наблюдений при попадании в ротоглотку сильной струи газа и воды, что вызывает непроизвольное открытие глоточно-пищеводного жома при закрытом эзофагокардиальном сфинктере.

Мы встретились с казуистическим случаем спонтанного разрыва пищевода, локализовавшегося в нижней трети пищевода с повреждением медиастинальной плевры. Приводим это наблюдение: **больная А., 1980 г. р.** находилась в реанимационном отделении военного госпиталя с 01.01.2006 г. по 08.01.2006 г. с ДЗ: Двусторонний пиопневмоторакс, осложненный бронхиальным свищом справа. Выраженная подкожная эмфизема. Полиорганная недостаточность. Внутриплевральное кровотечение.

Из анамнеза. Заболела 11.02.2006 г., появились боли в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, одышка в акте дыхания, усиливающиеся при незначительной нагрузке. Больная обратилась к врачу по месту жительства, после осмотра направлена в ЦРБ, где в течение 3 дней получала симптоматическое лечение, без эффекта.

14.12.2006 г. больная переведена в реанимационное отделение ЦРБ в связи ухудшением общего состояния,

где больная получала лечение по поводу двусторонней абсцедирующей бронхопневмонии, осложненной двусторонним плевритом. Проведено лечение: массивная антибактериальная терапия, дренаж по Бюлау и симптоматическое лечение. Несмотря на проводимое лечение, состояние ухудшилось, нарастала дыхательная недостаточность. 25.12.2006 г. больная проконсультирована пульмонологом и торакальным хирургом, лечение откорректировано. 31.12.2006 г. у больной появился спонтанный пневмоторакс, состояния прогрессивно ухудшается. Больной установлен дренаж по Бюлау справа в III межреберье, после чего переведена в военный госпиталь г. Талдыкорган.

При поступлении состояние тяжелое. Больная в сознании, на вопросы отвечает правильно. Тяжесть состояния обусловлена за счет дыхательной недостаточности, интоксикации.

Жалобы на боли в грудной клетке, кашель с мокротой одышку в покое, усиливающиеся при незначительной нагрузке, чувство нехватки воздуха, отеки на нижних конечностях.

Объективно. Кожа и видимые слизистые бледные, имеется цианоз губ, ногтевых фаланг. Дыхания спонтанное, тахипноэ, ЧДД 34 в мин. В акте дыхания участвует вспомогательные мышцы грудной клетки. В легких ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах не прослушивается. Сог тоны глухие. Ps мин. тахикардия удвоительных свойств. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации безболезненный. Диурез самостоятельно. Больная с момента госпитализации находилась под постоянным контролем дежурных врачей и хирурга. В плевральную полость дополнительно введены дренажные трубки для эвакуации воздуха и гнойного отделяемого. Несмотря на проводимое лечение, состояние больной с каждым днем ухудшалось, нарастала полиорганная недостаточность.

Через 7 дней после госпитализации 08.01.2007 г. в 13.00 на фоне продолжающего лечения состояние больной прогрессивно ухудшилось, через дренажные трубки выделилась кровь в объеме 200,0 мл. Больной назначены: массивная антибактериальная терапия, гемостатическая терапия, адrenomиметики и симптоматическое лечение.

Проводимые реанимационные мероприятия без эффекта. 08.01.2007 г. в 13.25 наступила биологическая смерть.

Посмертный диагноз: Двусторонний пневмоторакс, осложненный бронхиальным свищом справа и внутриплевральным кровотечением. Подкожная эмфизема. Полиорганная недостаточность.

Причина смерти: Внутриплевральное кровотечение.

Патологоанатомический диагноз: Спонтанный разрыв передней боковой стенки нижней трети пищевода справа.

Осложнение: Флегмонозно-гнойный медиастинит с гнойным расправлением заднего средостения. Правосторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония с бронхопульмональным свищом. Двусторонний пневмоторакс. Внутриплевральное кровотечение справа (350,0). Серозно-фибринозная дистрофия почек миокарда. Отек легких.

Отсутствие характерных симптомов и сходство многих клинических проявлений при спонтанном разрыве пищевода затрудняют постановку точного диагноза. Поэтому врачами военного госпиталя не был своевременно диагностирован медиастинит у больной. Медиастинит почти всегда приводит к смертельным осложнениям, каким является кровотечение из прилежащих к пищеводу крупных сосудов. Кровотечения чаще всего носит вторичный характер – она возникает при вовлечении в воспалительный процесс стенки сосуда с последующим ее изъязвлением (Перельман М.И., Богуж А.Л., 1985).

Таким образом, представленные клинические наблюдения свидетельствуют о необходимости обязательного исследования верхнего отдела пищеварительного тракта с помощью бария при двустороннем пиопневмотораксе, осложненном бронхиальным свищом, с целью исключения повреждения пищевода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Крылов А.Н. Неотложная гастроэнтерология. Журнал имени Н.И. Пирогова «Хирургия», 1989. Лечение гнойного медиастинита.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ӨНЕШТІҢ ТӨМЕНГІ ҮШТЕН БІР БӨЛІГІНІҢ АЛДЫҒЫ ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ ӨЗДІГІНЕН ЖАРЫЛУЫ. ТӘЖІРІБЕДЕ СІРЕК КЕЗДЕСЕТІН ОҚИҒА

М.К. Искаков

Әскери госпиталь, Талдықорған қ.

Ұсынылған клиникалық бақылаулар өңештің зақымдануын болдырмау мақсатында бронх жыланкөзімен асқынған екіжақты пиопневмоторакс кезінде барияның көмегімен ас қорыту жолының үстіңгі бөлігін міндетті түрде зерттеудің қажеттілігін куәландырады.

S U M M A R Y

SPONTANEOUS RUPTURE OF FRONT WALL OF LOW THIRD OESOPHAGUS. RARE CASE HISTORY

M.K. Iskakov

Military Hospital, Taldykorgan c.

Clinical observations provided evidence in necessity of compulsory examination of upper section of alimentary canal using barium in bilateral pyopneumothorax complicated with bronchial fistula in order to exclude oesophagus injury.