

**Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького**

кафедра хірургії №1

**УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА
І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ – ПЕНЕТРАЦІЯ,
СТЕНОЗ, МАЛІГНІЗАЦІЯ.**

**Методичні рекомендації
для студентів медичного факультету**

Львів – 2009

Затверджено на засіданні профільної методичної комісії з хірургічних дисциплін Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 39 від 11 грудня 2009 року)

Методичні рекомендації приготували:

ЧУКЛІН Сергій Миколайович – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

ДУТКА Яромир Романович – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії №1. Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

За редакцією завідувача кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, академіка АМН України, доктора медичних наук, професора ПАВЛОВСЬКОГО Михайла Петровича.

Рецензенти:

КОБЗА Ігор Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

МАТВІЙЧУК Богдан Олегович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Відповідальний за випуск перший проректор з навчально-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член-кореспондент АМН України, доктор медичних наук, професор М.Р. Гжегоцький.

Тривалість заняття: 4 навчальні години.

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палати, діагностичні кабінети (рентгенологічний, ультразвукової діагностики, ендоскопічний), операційні, перев'язувальні.

Матеріальне забезпечення: слайди, проектор, навчальні фільми, таблиці, схеми, історії хвороби, рентгенограми, ультрасонограми, комп'ютерні томограми, хворі.

I. Актуальність теми

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) – це хронічне поліетіологічне та поліпатогенетичне захворювання, яке серед причин інвалідації хворих займає друге місце після серцево-судинної патології. Це захворювання діагностують у 8-10% населення. Виразкова хвороба є однією з найважливіших проблем хірургічної гастроентерології. Це пов'язано з великою кількістю ускладнень, частота яких збільшується пропорційно до зростання захворюваності. Відкриття та широке застосування у сучасній гастроентерології нових антигелікобактерних та антацидних препаратів не вирішило питання зменшення частоти ускладнень виразкової хвороби. Важкими та часто життєво небезпечними ускладненням гастродуоденальних виразок, є пенетрація, стеноз та малігнізація.

Співвідношення виразок шлунка і дванадцятипалої кишки складає 1:4, причому в молодому віці відзначають переважно дуоденальну локалізацію виразки, а у середньому і похилому зростає частота виразок шлунка. Частіше ці ускладнення трапляються в чоловіків у віці 20-40 років, проте, можливі у жінок та хворих будь-якого віку.

Висока частота захворюваності, втрата працездатності, інвалідація людей найбільш працездатного віку та летальність роблять проблему лікування ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, таких як пенетрація, стеноз та малігнізація важливим соціальним завданням.

II. Навчальна мета заняття

1. Ознайомитися з етіологією і патогенезом ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки – пенетрацією, стенозом, малігнізацією, їх класифікацією, клінічною симптоматикою, основними клінічними синдромами, ускладненнями.

2. Знати анатомічну будову і функції шлунка та дванадцятипалої кишки, клінічні ознаки типового перебігу захворювання, діагностичне значення лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих і принципи сучасних методів операційних втручань.
3. Вміти визначити і проаналізувати скарги пацієнтів та анамнез захворювання, виконувати фізикальне обстеження, визначити послідовність найбільш інформаційних методів діагностики та інтерпретувати їх, встановлювати і правильно формулювати клінічний діагноз, проводити диференційну діагностику ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки – пенетрації, стенозу, малігнізації з іншими захворюваннями.
4. Формування науково обґрунтованого підходу до оптимальної діагностичної програми, адекватного консервативного лікування пенетрації, стенозу, малігнізації та визначення показань до операції і обсягу хірургічного втручання у конкретних хворих.

III. Мета розвитку особистості

Формування професійних якостей майбутнього лікаря, ознайомлення з етичними і деонтологічними особливостями, які пов'язані зі спілкуванням з пацієнтами та колегами по роботі, розвиток клінічного мислення і відповідальності за самостійне прийняття рішень у конкретних ситуаціях. Знати нові тенденції сучасних методів діагностики і лікування пацієнтів із ускладненнями виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки – пенетрацією, стенозом, малігнізацією.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Таблиця 1

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
1. Анатомія і фізіологія	Анатомічну будову, кровопостачання, іннервацію шлунка і дванадцятипалої кишки та функції цих органів, стадії травлення	Визначити топографію різних відділів шлунка і дванадцятипалої кишки, співвідношення з іншими органами живота
2. Біохімія	Біохімічний склад шлункового соку, секреторну функцію	Інтерпретувати зміни у загальному та біохімічному аналізі

	шлунка і дванадцятипалої кишки та її регуляцію, участь в обміні речовин	крові, протеїнограмі при пенетрації, стенозі та малігнізації гастродуоденальної виразки
3. Патологічна анатомія і патологічна фізіологія	Теорії виникнення виразкової хвороби, морфологічні ознаки захворювань оперованого шлунка	Описати макропрепарат, визначити клінічно-морфологічну форму виразки шлунка та дванадцятипалої кишки
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Послідовність опитування та огляду хворого, фізикального обстеження пацієнта із патологією шлунка, дванадцятипалої кишки та заочеревинного простору	Вияснити скарги та анамнез хвороби, провести поверхневу і глибоку пальпацію живота, визначити ознаки захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки
5. Фармакологія	Групи і представників антацидних та антигелікобактерних препаратів, вітамінів, знеболювальних середників, розчинів для інфузії, амінокислотних і білкових препаратів	Визначити схему консервативного перед- та післяопераційного лікування пацієнтів із ускладненнями виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки
6. Рентгенологія і радіологія	Інформаційність методів променевої діагностики в обстеженні пацієнтів із хворобами шлунка і дванадцятипалої кишки	Обґрунтувати показання до застосування рентгенологічного обстеження пацієнтів, ультрасонографії, комп'ютерної томографії, пояснити результати
Наступні дисципліни		
1. Хірургія	Методичні засади фізикального обстеження пацієнтів, діагностичний алгоритм, диференційну діагностику ускладнень	Провести комплексне обстеження хворого, визначити план необхідних лабораторних і інструментальних

	виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладнення та сучасні методи лікування	методів діагностики, провести диференційну діагностику і призначити необхідне лікування
2.Анестезіологія і реаніматологія	Клініку невідкладних станів, які виникають у пацієнтів з пенетрацією, стенозом та малігнізацією, методи їх діагностики і терапії	Розпізнати симптоми невідкладних станів, провести диференційну діагностику і визначити оптимальні методи лікування

V. Зміст теми заняття

Пенетрація виразки – це ускладнення виразкової хвороби, яке характеризується розповсюдженням виразкового процесу зі стінки шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК) на сусідні органи. Вона виникає в результаті прогресування деструктивних процесів у хронічній кальозній виразці, супроводжується утворенням спайкового процесу без перфорації в черевну порожнину, а дном виразки є паренхіматозний (підшлункова залоза, печінка, селезінка) або порожнистий орган (жовчний міхур та жовчні протоки, поперечна ободова кишка) з утворенням внутрішньої нориці. Пенетрація у своєму розвитку проходить чотири стадії:

1. Перша стадія – у ділянці виразки зі сторони серозної оболонки проходять зміни і до неї крихко припаюються сусідні органи.
2. Друга стадія – зруйновані всі шари шлунка або ДПК. Дефекту у пенетруючому органі немає. Між шлунком або ДПК і пенетруючим органом утворюються зрощення у вигляді запального конгломерату.
3. Третя стадія (поверхнева пенетрація) – наявний поверхневий дефект у пенетруючому органі. Тканини, які прилягають до місця пенетрації ущільнюються, склерозуються.
4. Четверта стадія – у пенетруючому органі утворюються великі дефекти. У місці пенетрації формується запальна пухлина великих розмірів.

Класифікація

За морфологічними особливостями:

- маленька виразка (менше 0,5 см);

- виразка середніх розмірів (0,5-1 см);
- велика виразка (1-3 см);
- гігантська виразка (понад 3 см).

За локалізацією:

- виразка шлунка (кардіальна, субкардіальна, малої кривини, великої кривини, тіла шлунка, передньої стінки, задньої стінки, антральної частини);
- виразка дванадцятипалої кишки (цибулини, постбульбарна, передньої, задньої стінки);
- поєднана виразка шлунка і ДПК.

За напрямом пенетрації:

- у головку та тіло підшлункової залози;
- у малий сальник;
- у гепатодуоденальну зв'язку;
- у печінку;
- у поперечну ободову кишку з утворенням нориці та у її брижу;
- у жовчний міхур і жовчні протоки з утворенням нориці;
- у селезінку;
- у діафрагму;
- у лівий шлуночок серця.

За стадіями перебігу пенетрації:

- внутрішньостінкова пенетрація виразки;
- стадія фіброзних зрощень;
- завершена пенетрація в сусідній орган.

Клінічна картина

Клінічна симптоматика виразкової хвороби, ускладненої пенетрацією характеризується стійким, тривалим, постійним больовим синдромом; втратою характерної періодичності і ритмічності болю; іррадіацією болю в поперекову ділянку; постійною резистентністю, вираженою болючістю при пальпації і перкусії у проекції виразки; незначною ефективністю або відсутністю ефекту від консервативного лікування. Біль втрачає зв'язок з прийманням їжі, дещо зменшується при голодуванні.

Особливістю пенетрації є нашарування на клініку виразкової хвороби симптомів захворювань органів, на які розповсюджується виразковий процес. Пенетруючі виразки ускладнюються кровотечею з арозованої судини, перфорацією, розвитком гострого панкреатиту, холециститу.

Біль у спині або біль оперізуючого характеру в пацієнта з виразковою хворобою свідчить про penetрацію виразки в підшлункову залозу. Для пенетруючої виразки тіла шлунка характерна іррадіація болю у ліву половину грудної клітки та ділянку серця. Якщо виразка пенетрує у малий чепець – біль розвивається під правою реберною дугою або іррадіює в ключицю, праве плече, шию. При penetрації виразки у брижу товстої кишки – біль іррадіює у ділянку пупка.

При penetрації виразки в головку підшлункової залози, печінково-дванадцятипалу зв'язку може розвиватися механічна жовтяниця.

Penetraція у порожнистий орган супроводжується утворенням нориці. Частіше нориця формується між шлунком і поперечною ободовою кишкою. У таких випадках у хворих спостерігається блювання з домішкою калових мас, відрижка з каловим запахом. Швидко настає дефекація після приймання їжі.

Penetraція у тканини заочеревинного простору (при локалізації виразок у місцях, які не вкриті очеревиною, – кардіальний відділ шлунка, задня стінка ДПК) призводить до розвитку заочеревинної флегмони, яка часто розповсюджується на праву поперекову, пахвинну ділянку, на бокову поверхню грудної клітки. Виражені симптоми тяжкого гнійно-септичного процесу – висока температура тіла, інтоксикація.

При наявності з'єднання з жовчним міхуром чи із загальною жовчною протокою спостерігається іррадіація болю з епігастральної ділянки під праву лопатку, у праву надключичну ділянку, блювання з домішкою значної кількості жовчі, відрижка з гірким присмаком. Потрапляння вмісту шлунка або ДПК у жовчні шляхи або жовчний міхур може бути причиною холангіту, гострого холециститу.

Характерна також загальна симптоматика – схуднення, загальна слабкість, втомлюваність, субфебрильна температура тіла.

При пальпації живота іноді можна визначити обмежену болючість у зоні penetрації і ущільнення тканин навколо неї (інфільтрат). Може виникати болючість при натискуванні зліва і справа від хребта на рівні X грудного – I поперекового хребців (*симтом Boas*).

Описані рідкісні випадки penetрації виразки шлунка у лівий шлуночок серця. Це можливо за трьох умов: 1) високе розташування виразки у шлунку або в межах діафрагмальної грижі; 2) спайковий процес між шлунком, діафрагмою і перикардом; 3) маленька ліва частка печінки, що дає можливість контактувати шлунку з

діафрагмою. Така виразка може проявлятися блюванням кров'ю, перикардитом або інфарктом міокарда.

Діагностика

Лабораторні методи обстеження

Загальний аналіз крові – лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво, прискорення швидкості осідання еритроцитів; біохімічний аналіз крові (білірубін, загальний білок, цукор, калій, натрій, кальцій, хлор, креатинін, сечовина, амілаза, аспаратамінотрансфераза, аланінамінотрансфераза, лужна фосфатаза) – спостерігають зміни показників, характерних для ураження органів, в які пенетрувала виразка; коагулограма; загальний аналіз сечі.

Рентгенологічне обстеження

Рентгенологічною ознакою пенетрації виразки при контрастному дослідженні є глибока ніша у стінці шлунка або ДПК, яка виходить за межі органа і має вигляд дво- або тришарової ніші. Визначають також зменшення рухливості органа, в який пенетрує виразка.

При пенетрації виразки у поперечну ободову кишку з утворенням нориці спостерігають швидке потрапляння контрасту в товсту кишку.

При розповсюдженні процесу на біліарну систему з утворенням нориці виявляють повітря в проекції печінки та жовчного міхура. У проекції жовчного міхура можна визначити горизонтальний рівень рідини з повітрям над ним (аерохолія), заповнення контрастною речовиною жовчного міхура і жовчних протоків.

Ендоскопічна фіброгастроуденоскопія (ЕФГДС)

При ендоскопічному обстеженні визначають глибоку виразку, виражену запальну реакцію тканини навколо виразки, ригідність стінки та деформацію органа. Виразка звичайно має округлі краї, які здійснюються навкруги виразки у вигляді валиків.

Для диференційної діагностики виконують біопсію країв виразкового дефекту з наступним морфологічним дослідженням.

Ультрасонографія (УСГ)

Цей метод застосовують здебільшого для дообстеження пацієнта і диференційної діагностики з гострими захворюваннями інших органів черевної порожнини і заочеревинного простору. При пенетрації виразки спостерігають синдром „ураженого порожнистого органа”. При утворенні білідигестивних нориць – знаходять повітря у жовчному міхурі та протоках. Пенетрація виразки діагностується при ультрасонографії у випадках, якщо її дно знаходиться назовні від

серозного покриву стінки. Локалізація дна виразки дозволяє визначити при ехографії суміжних органів або структур, куди пройшла пенетрація. Пенетраційний канал виглядає ерогенним, навколо нього візуалізуються гіпоехогенна зона, яка відповідає запальній інфільтрації. Пенетрація виразки характеризується збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів. При кольоровій доплерографії іноді вдається визначити біля дна виразки судину і оцінити небезпеку кровотечі.

Диференційний діагноз

Диференційну діагностику пенетруючої виразки проводять з:

- а) неспецифічними захворюваннями шлунка і ДПК (кальозна виразка, хронічний гастрит, дуоденіт, дивертикули, рак шлунка);
- б) специфічними хворобами (туберкульоз, сифіліс, лімфогранулематоз шлунка);
- в) захворюваннями жовчного міхура і позапечінкових жовчних проток, підшлункової залози (гострий холецистит, жовчнокам'яна хвороба, ускладнена механічною жовтяницею, гострий та хронічний панкреатит, пухлини підшлункової залози і жовчних проток);
- г) захворюваннями кишки (гострий та хронічний апендицит, коліт, дивертикуліт).

Лікування

Консервативне противиразкове лікування при пенетруючій виразці шлунка або ДПК є, як правило, неефективним.

Основними принципами операційного лікування є ліквідація кислотно-пептичного фактору, видалення виразки та покращання моторно-евакуаційної функції. У залежності від стадії пенетрації, локалізації виразки, загального стану і віку пацієнтів застосовують ваготомію з дреною операцією; екстеріоризацію кратера виразки з відсіканням його від шлунка, мобілізацією країв і зшивання їх над виразкою; резекцію шлунка з видаленням виразки або залишенням її дна на органі, в який відбулася пенетрація.

Піlorодуоденальний стеноз – це звуження початкового відділу дванадцятипалої кишки або піlorичного відділу шлунка. Це ускладнення розвивається у 8 – 25% хворих з виразковою хворобою і є найчастішим показанням до операції в плановій хірургії з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК). Причиною піlorодуоденального стенозу частіше є виразки дванадцятипалої

кишки, рідше – препілоричні виразки і виразки пілоричного каналу. Звуження просвіту з формуванням непрохідності проходить через рубцювання виразки, стиснення запальним інфільтратом, обтурації просвіту набряком слизової оболонки, пілороспазмом або пухлиною. Внаслідок труднощів евакуації їжі зі шлунка, розвивається гіпертрофія його м'язової оболонки. З часом зменшуються компенсаційні можливості, скоротлива здатність м'язів слабне, стінка витончується і розвивається гастректазія.

Незначні рубцеві деформації, які не супроводжуються у фазі ремісії порушенням евакуаційної функції шлунка і клінічними проявами, у фазі загострення виразкового і запального процесів часто викликають блювання і тривалу затримку вмісту в шлунку. Причиною порушення прохідності пілоричного каналу або початкової частини ДПК бувають перивиразковий запальний інфільтрат і функційне звуження воротаря, яке пов'язано з його набряком і спазмом, функційний стеноз часто приєднується до органічного. Це ускладнення частіше зустрічається у хворих із локалізацією виразок, які рецидивують або довго не рубцюються, у пілоричному каналі шлунка і в початковій частині цибулини ДПК.

Отже, порушення прохідності пілоричного каналу або початкової частини ДПК ділять на:

- 1) функційні і органічні;
- 2) компенсовані, субкомпенсовані, декомпенсовані;
- 3) за ступенем деформації – на малу, середньої важкості і важку деформацію (I, II, III ступеня, відповідно).

I ступінь запальної деформації воротаря і цибулини ДПК – це помірний набряк воротаря і цибулини, коли скорочення їх стінок ритмічне, деформація обмежена однією стінкою. II ступінь – це значний набряк і спазм воротаря, є зміни його форми. III ступінь визначають, коли внаслідок набряку і спазму воротаря оглянути цибулину ДПК при фіброгастроскопії неможливо.

Клінічна картина

У клінічному перебігу стенозу розрізняють три стадії – компенсації, субкомпенсації та декомпенсації.

Стадія компенсації не має виражених клінічних ознак. Пізній голодний біль змінюється відчуттям тиску і повноти у надчеревній

ділянці відразу після їжі, зникає апетит, приєднуються нудота, відрижка кислим і блювання, яке приносить полегшення.

Стадія субкомпенсації характеризується посиленням відчуття важкості і повноти в епігастральній ділянці, відрижкою з неприємним запахом тухлих яєць через тривалу затримку їжі у шлунку. Хворі скаржаться на колькоподібний біль, пов'язаний з посиленою перистальтикою шлунка, який супроводжує урчання у животі. Майже щоденно виникає блювання у великій кількості, яке містить неперетравлені залишки їжі і приносить полегшення пацієнту. Тому часто хворі викликають блювання самостійно. У цій стадії пілородуоденального стенозу відзначають зниження маси тіла. При огляді живота у худорлявих хворих констатують хвилеподібну перистальтику шлунка (*сумном Bouveret*). Натще у цих пацієнтів визначають „шум плеску”.

Стадія декомпенсації проявляється прогресуючим гастростазом, атонією шлунка. Перерозтягнення шлунка призводить до витончення його стінки та втрати моторно-евакуаційної функції. Вміст його через відсутність евакуації зазнає бродіння і гниття. Стан хворого значно погіршується. Кожен день, часто неодноразово, виникає блювання у великій кількості. Відчуття розпирання в епігастрії заставляє хворих викликати блювання або промивати шлунок через зонд. Блювотні маси з гнильним запахом містять залишки їжі багатоденної давності, які розкладаються. Хворі з декомпенсованим стенозом переважно виснажені, адинамічні, зневоднені. Їх турбує спрага. Діурез знижений. При огляді констатують сухість шкірних покривів зі зниженим тургором. Язик та слизова оболонка рота сухі. Натще пальпують значно збільшений, розтягнений шлунок, визначаючи „шум плеску”.

У хворих із декомпенсованим пілородуоденальним стенозом внаслідок виключення нормального харчування через рот, втрати великої кількості шлункового соку через блювання спостерігають зневоднення, прогресуюче виснаження, порушення електролітного балансу і кислотно-основної рівноваги. Ознаками водно-електролітних порушень є запаморочення при різкому переході хворого з горизонтального у вертикальне положення, тахікардія, зниження артеріального тиску з тенденцією до колапсу, бліда та холодна шкіра, олігоурія.

Гіпокаліємія клінічно проявляється м'язовою слабкістю, зниженням артеріального тиску, порушенням ритму серця. Можливими є параліч

діафрагми, зупинка дихання і серцевої діяльності. Також із гіпокаліємію пов'язана динамічна непрохідність кишок, яка проявляється метеоризмом.

Гіпохлоремія виникає внаслідок втрати соляної кислоти при блюванні. Виділяють три форми гіпохлоремії:

- легку, або стерту, при якій відзначаються загальна слабкість, втрата апетиту, парестезії, слабопозитивні симптоми Trousseau, Chvostek;
- середньої важкості, яка характеризується значним підвищенням нервово-м'язової збудливості з тонічними судомами різних груп м'язів, розладами свідомості, вираженим зневодненням, зменшенням добового діурезу, позитивними симптомами Trousseau, Chvostek;
- важку, яка може перебігати за типом азотемічної уремії, швидко призводить до коматозного стану і смерті.

Внаслідок зневоднення організму знижується нирковий кровоплин, зменшується клубочкова фільтрація і діурез та з'являється азотемія. Через ниркову недостатність з організму не виводяться „кислі” продукти обміну речовин, знижується рН крові, гіпокаліємічний алкалоз переходить у ацидоз. Гіпокаліємія і гіпохлоремія у поєднанні з азотемією без правильного лікування можуть стати несумісними з життям.

Діагностика

Лабораторні методи обстеження

Загальний аналіз крові – ознаки зневоднення, може бути зниження рівня гемоглобіну та підвищення швидкості осідання еритроцитів; біохімічний аналіз крові (білірубін, загальний білок, цукор, калій, натрій, кальцій, хлор, креатинін, сечовина, амілаза, аспартатамінотрансфераза, аланінамінотрансфераза, лужна фосфатаза) – спостерігають гіпокаліємію, гіпохлоремію, гіпопротеїнемію, підвищення креатиніну, азоту сечовини; при дослідженні рН і газів крові констатують метаболічний алкалоз, який змінюється зниженням рН; коагулограма; загальноклінічний аналіз сечі (гематурія, альбумінурія, циліндрурія).

Рентгенологічне обстеження

При рентгенологічному дослідженні в стадії компенсації виявляють звичайного розміру або дещо розширений шлунок,

посилення його перистальтики, звуження пілородуоденальної зони. Повна евакуація контрасту зі шлунка сповільнена до 6-12 годин.

У стадії субкомпенсації шлунок розширений, натще містить рідину, перистальтика його послаблена, пілородуоденальна ділянка звужена. Через 12 годин у шлунку знаходять залишки контрастної речовини, яка через 24 години повністю евакуюється зі шлунка.

При декомпенсованому стенозі шлунок різко розтягнутий, натще у ньому велика кількість вмісту. Контраст накопичується у нижньому відділі шлунка у вигляді широкої чаші з горизонтальним верхнім рівнем. Перистальтика значно послаблена. Евакуація контрастної маси зі шлунка проходить більше, ніж 24 години.

Ендоскопічна фіброгастроуденоскопія (ЕФГДС)

При ендоскопічному обстеженні визначають ступінь звуження пілородуоденальної зони, визначають стан слизової оболонки і розміри шлунка, також є можливість провести біопсію для гістологічної верифікації діагнозу.

У стадії компенсації при ЕФГДС відзначають рубцево-виразкову деформацію зі звуженням пілородуоденальної зони до 0,8-1 см. Перистальтика шлунка нормальна. При субкомпенсованому стенозі шлунок збільшений, пілородуоденальний канал звужений до 0,5-0,8 см через виражену рубцеву деформацію, перистальтична активність знижена. У стадії декомпенсації шлунок досягає великих розмірів, слизова оболонка його атрофічна; пілородуоденальна зона виражено звужена до 0,5 см і менше; пройти ендоскопом у дванадцятипалу кишку не вдається.

Ультрасонографія (УСГ) і комп'ютерна томографія (КТ)

При компенсованому пілородуоденальному стенозі ехографічна картина шлунка натще не відрізняється від такої хворих на виразкову хворобу. Після приймання рідини можна визначити деформацію, потовщення стінки і величину просвіту у місці звуження пілоробульбарної зони. При субкомпенсованому стенозі ехографічно натще візуалізується збільшений шлунок, який містить рідину, іноді з домішкою невеликої кількості залишків їжі. М'язовий шар стінки шлунка потовщується до 3-5 мм (норма 1-2 мм). При декомпенсованому стенозі натще визначається збільшений в об'ємі гіпотонічний шлунок, який містить велику кількість рідини і залишків їжі.

Метод УСГ застосовують здебільшого для дообстеження пацієнта і диференційної діагностики з пухлинами антрального відділу, ускладненими стенозом вихідного відділу шлунка. У важких діагностичних випадках використовують КТ.

Диференційний діагноз

Пілородуоденальний стеноз виразкового походження диференціюють зі стенозом, обумовленим пухлинами вихідного відділу шлунка або пілороспазмом. Уточнюють діагноз з допомогою ендоскопічного обстеження з біопсією та променевих методів обстеження (УСГ, КТ, рентгенологічне обстеження).

Лікування

Хворим із загостренням виразкової хвороби проводять курс інтенсивного консервативного противиразкового лікування протягом 2-3 тижнів. Внаслідок цього зникає набряк, периульцерозний інфільтрат і виразка може зарубцюватися. Це знижує ризик майбутньої операції.

Пацієнти з субкомпенсованим і декомпенсованим стенозом, які мають виражені розлади водно-електролітного балансу і кислотно-лужної рівноваги, потребують комплексного передопераційного приготування.

Одним із важливих лікувальних заходів у цих хворих є нормалізація водно-електролітних порушень. Вводять збалансовані розчини, які містять іони K^+ , Na^+ , Cl^- ; декстрин; амінокислотні розчини – інфезол, аміносол, гепасол; ізотонічний розчин глюкози. Також проводять форсований діурез для видалення „кислих” продуктів обміну речовин. Після відновлення діурезу вводять препарати калію. Про ефективність лікування свідчать покращення загального стану хворого і показників гемодинаміки – пульсу, артерійного тиску, центрального венозного тиску, шокowego індексу, погодинного діурезу, об'єму циркулюючої крові, показників кислотно-основної рівноваги, концентрації електролітів, креатиніну, сечовини у сироватці крові, гемоглобіну, гематокриту.

Велике значення у приготуванні хворого до втручання має парентеральне харчування – введення розчинів глюкози, амінокислот, жирних емульсій.

Цим хворим проводять повноцінне противиразкове лікування – потрійну терапію, спрямовану на ерадикацію гелікобактерної інфекції і зниження кислотності.

Також при пілородуоденальному стенозі проводять систематичну декомпресію шлунка – промивання шлунка та аспірацію шлункового вмісту через зонд.

Ефективним методом лікування є ентеральне харчування (зондове або через єюностому).

Субкомпенсований та декомпенсований пілородуоденальний стеноз є абсолютним показанням до операції. Метою хірургічного лікування у цих хворих є усунення непрохідності стенозованого відділу та лікування виразкової хвороби. У хворих із високим ризиком операційного втручання (гострий інфаркт міокарда, гостра пневмонія) тимчасово можна використати ендоскопічну балонну дилатацію стенозу.

Ідеальна операція повинна усунути стеноз, контролювати виразкову хворобу і мати низький відсоток ускладнень і летальності. Стівбурова ваготомія і антрумектомія є найточнішою операцією для цього. Вона ефективна при виразках 2 (шлункова і дуоденальна) і 3 типу (препілорична).

При субкомпенсованому стенозі, якщо збережена скоротлива здатність м'язів шлунка, виконують ваготомію з операцією, яка дрениє шлунок. З дрениуючих операцій використовують пілоропластику, дуоденопластику та гастроентероанастомоз, якщо пілородуоденальна зона виражено рубцево змінена.

Малігнізація виразки – це переродження виразки шлунка в рак. Виразка ДПК малігнізує дуже зрідка. Найчастіше малігнізують калькозні виразки малої і особливо великої кривини, антрального і кардіального відділу шлунку. Також помічено, що частота переродження виразки залежить від її розмірів і зростає зі збільшенням діаметру виразки більше 2 см.

Щодо частоти пухлинного переродження існують суперечливі повідомлення різних авторів. За одними повідомленнями частота малігнізації виразки шлунка складає 5-10%, при виразці шлунка у поєднанні з виразкою дванадцятипалої кишки зростає до 21-24%. Інші дослідники доводять, що більшість випадків так званої пухлинної трансформації є ранній рак шлунка з виразкуванням та справжня малігнізація виразки можлива, проте спостерігається у 1% хворих.

Малігнізація хронічної виразки може настати у різні терміни, у будь-якому віці, проте, частіше у хворих середнього і старшого віку з

тривалим перебігом захворювання. Клінічні ознаки малігнізації виразки шлунка частіше вказують на за давнений рак, а не на ранню стадію його розвитку. До ознак малігнізації виразки відносяться: зміни перебігу виразкової хвороби шлунка (зникнення періодичності, циклічності, скорочення періодів ремісії); зміни характеру болю (менш різкий, але постійний, який не залежить від приймання їжі); погіршення апетиту; прогресуюче схуднення; невмотивовану слабкість; зменшення болючості при пальпації живота; гіпохромну анемію, зниження кислотності шлункового соку, постійну наявність скритої крові в калі. У 2-3% хворих спостерігають „німу” форму хвороби, коли пухлина тривалий час розвивається безсимптомно і виявляє себе віддаленими метастазами без будь-яких „шлункових” скарг. Треба відзначити, що стан хворого може покращитися після дієтичного і медикаментозного лікування.

Діагностика

Лабораторні методи обстеження

Загальний аналіз крові – може бути гіпохромна анемія та підвищення швидкості осідання еритроцитів, лейкоцитоз (розпад пухлини та інфікування); біохімічний аналіз крові (білірубін, загальний білок, цукор, калій, натрій, кальцій, хлор, креатинін, сечовина, амілаза, аспаратамінотрансфераза, аланінамінотрансфераза, лужна фосфатаза) – спостерігають гіпопротеїнемію; протеїнограма – гіпоальбумінемія, відносно підвищення глобулінів у сировотці крові; коагулограма; загальний аналіз сечі; дослідження шлункового соку – гіпо- та ахлогідрія, стійка до стимуляції гістаміном; дослідження калу на приховану кров.

Ендоскопічна фіброгастродуоденоскопія (ЕФГДС)

Для виявлення малігнізації виразки на ранній стадії розвитку необхідне систематичне диспансерне обстеження хворих на виразку шлунка з використанням гастроскопії і гастробіопсії. Цей метод дозволяє не тільки оглянути слизову оболонку шлунка, але і виконати прицільну біопсію. Одноразовий забір біопсії дозволяє підтвердити рак у 50% пацієнтів. Тому матеріал беруть із декількох секторів виразки (до 8), що дає можливість підтвердити діагноз у 100% хворих. З допомогою ЕФГДС з прицільною біопсією виявляють поверхневе, невелике ураження слизової оболонки і отримують матеріал для гістологічного дослідження.

Патоморфологічні ознаки малігнізованих виразок: у ділянці дна виразки повне руйнування м'язового шару і широка зона рубцювання; у краях виразки відсутній підслизовий шар, є інфільтрація раковими клітинами з самих початкових стадій захворювання; у ділянці виразки визначаються ознаки ракового невриту, ендартеріїту, тромбофлебиту. Гістологічно малігнізована виразка – це аденокарцинома.

При запереченні ракового процесу у виразці шлунка та зменшенні її під дією медикаментозного лікування проводять ендоскопічний і цитологічний контроль через 3–6–12 місяців, а в подальшому один або два рази на рік, оскільки результати морфологічного дослідження можуть бути від'ємними при неадекватній біопсії.

Рентгенологічне обстеження

Рентгенологічні ознаки малігнізації виразки: велика ніша (більше 2 см), глибока з широкою інфільтрацією навкруги (симптом зануреної ніші), неправильність рельєфу слизової навкруги ніші, послаблення скорочень м'язової стінки.

Зникнення ніші при рентгенологічному обстеженні може бути зумовлене ростом пухлини, а не загоєнням виразки. Виразки діаметром більше 2,5 см, особливо які розташовані у препілоричній частині шлунка, дуже підозрілі на малігнізацію.

Ультрасонографія (УСГ) та комп'ютерна томографія (КТ)

Ці методи застосовують для дообстеження пацієнта з малігнізованою виразкою шлунка; визначення розповсюдження пухлинного процесу і вільної рідини у черевній порожнині; наявності, локалізації та кількості метастазів у лімфатичні вузли, печінку та інші органи; верифікації супровідної патології. У важких діагностичних випадках використовують КТ з подвійним контрастуванням.

Диференційний діагноз

Для визначення природи виразки використовують клінічний метод, який ґрунтується на принципі вивчення ступеня ефективності консервативного лікування. Доброякісна виразка під впливом активного терапевтичного лікування протягом 4-6 тижнів зменшується в розмірах і в подальшому рубцюється, тоді як малігнізована суттєво не змінюється.

Проте, при цьому треба враховувати, що:

- встановлена можливість виразкування інфільтративних форм раку і епітелізації малігнізованих виразок;

- терміни загоєння виразок шлунка індивідуальні і не можуть бути критерієм диференційної діагностики характеру виразкування;
- виразку шлунка, яка зарубцювалася з утворенням переривання складок, треба розцінювати, як малігнізовану.

Відомо, що рак може розвинути з епітелію, який вкриває виразковий рубець.

Основною метою діагностичного пошуку у цих хворих є підтвердження або заперечення пухлинного процесу у виразці шлунка. У більшості пацієнтів це вдається з допомогою ендоскопії, рентгенологічного обстеження, УСГ та КТ. При складній діагностиці на останньому етапі діагностичного пошуку застосовують діагностичну лапароскопію. Цей метод дозволяє візуально оцінити стан органів черевної порожнини, визначити характер захворювання, діагностувати метастази, які не визначаються іншими методами обстеження, провести прицільну біопсію з подальшою гістологічною верифікацією діагнозу. Застосування лапароскопії зменшує кількість непотрібних лапаротомій у хворих із за давними формами раку шлунка, крім того можливе проведення операції лапароскопічним методом.

Лікування

Малігнізація виразки є абсолютним показанням до операції, яку проводять за всіма принципами онкологічного радикалізму.

На думку більшості авторів прогноз при малігнізованих виразках є кращим від первинного раку шлунка. П'ятирічне виживання при виразках, ускладнених малігнізацією, у середньому в сім разів вище, ніж при первинному раку шлунка.

VI. План та організаційна структура заняття

Таблиця 2

№	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальна мета у рівнях засвоєння	Методи навчання і контролю	Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	<p>Підготовчий етап Організаційні заходи</p> <p>Визначення актуальності, навчальної мети і мотивація</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок та вмінь:</p> <p>1. Етіологія та патогенез пенетрації, стенозу, малігнізації</p> <p>2. Клініка</p> <p>3. Діагностика</p> <p>4. Лікування</p>				<p>3 хв.</p> <p>45 хв.</p>
		<p>I</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p>	<p>Опитування</p> <p>Опитування, тести</p> <p>Ситуаційні задачі, тести</p> <p>Ситуаційні задачі, тести</p>	<p>П.1 Актуальність</p> <p>П.2 Навч. мета</p> <p>Питання</p> <p>Питання, тести II рівня</p> <p>Типові задачі, тести II рівня</p> <p>Типові задачі, тести II рівня</p>	

4.	<p>Основний етап</p> <p>Формування у студентів професійних навичок і вмінь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оволодіти навичками об'єктивного огляду 2. Провести курацію хворого 3. Скласти план обстеження пацієнта 4. Провести диференційну діагностику 5. Запропонувати план лікування 	III	<p>практичний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p> <p>професійний тренінг</p>	<p>Тематичні хворі</p> <p>Хворі, медичні карти</p> <p>Ситуаційні задачі і тести III рівня</p> <p>Алгоритми діагностики, нетипові ситуаційні задачі</p> <p>нетипові задачі і тести III рівня</p>	105 хв.
5.	<p>Заключний етап</p> <p>Контроль та корекція професійних вмінь та навичок</p>	III	<p>Індивідуальний контроль навичок, аналіз і оцінка результатів клінічної роботи, рішення ситуаційних задач, тести III рівня</p>	<p>Задачі і тести III рівня</p>	30 хв.

6.	Підведення підсумків заняття: теоретичного, практичного, організаційного			Результати курації хворих, протоколи	
7.	Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

Питання до теми (α = I, α = II)

1. Анатомічна будова шлунка та дванадцятипалої кишки, топографічна анатомія, особливості кровопостачання, лімфовідпливу та інервації.
2. Функція шлунка та дванадцятипалої кишки, будова слизової оболонки, участь у травленні та обміні речовин в організмі.
3. Особливості етіології і патогенезу, класифікація пенетрації виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.
4. Клінічна картина пенетрації.
5. Лабораторні та інструментальні методи діагностики пенетруючої виразки.
6. Лікування пенетрації виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.
7. Пілородуоденальний стеноз, визначення поняття, класифікація.
8. Класифікація і клінічна картина пілородуоденального стенозу.
9. Методи діагностики пілородуоденального стенозу.
10. Лікування пілородуоденального стенозу.
11. Малігнізація виразки, класифікація.
12. Клінічна картина малігнізованої виразки.
13. Значення ендоскопічного обстеження і біопсії у ранній діагностиці малігнізації.
14. Особливості хірургічних втручань при малігнізованій виразці шлунка.

15. Визначення обсягу операційного втручання у пацієнтів з ускладненнями виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

Тестові завдання ($\alpha = \Pi$)

1. Пацієнт 52 років, хворіє на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену стенозом. Стан хворого задовільний. Дві доби тому виникло блювання після їжі. З допомогою якого методу дослідження можна визначити ступінь компенсації?

- A. Фіброезофагогастродуоденоскопія;
- B. УСГ органів черевної порожнини;
- C. Рентгенологічне контрастне обстеження шлунково-кишкового тракту;
- D. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини;
- E. Діагностична лапароскопія.

Еталон відповіді: C.

2. Пацієнт С., 42 роки, протягом 8 років хворіє на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Поступив із клінікою декомпенсованого стенозу, клонічними судомами. Що є основним патогенетичним механізмом виникнення судом?

- A. Зниження маси тіла, порушення білкового обміну;
- B. Блювання, порушення кислотно-лужної рівноваги;
- C. Порушення діяльності центральної нервової системи;
- D. Блювання, порушення водно-електролітного балансу;
- E. Зниження маси тіла, порушення водно-електролітного балансу.

Еталон відповіді: D.

3. Який з перелічених станів не відносять до передракових захворювань шлунка:

- A. Хронічний метапластичний дисрегенераторний гастрит, який зумовлений *Helicobacter pylori*;
- B. Хронічна виразка шлунка;
- C. Резектований шлунок з приводу виразки;
- D. Гіперпластичні поліпи шлунка;
- E. V_{12} – дефіцитна (перніціозна) анемія.

Еталон відповіді: E.

4. Хвора 58 років з тривалим анамнезом виразкової хвороби, скаржиться на біль в епігастрію, який протягом останніх місяців набув постійного характеру, іррадіює в спину. Зменшився апетит. Схуд на чотири кілограми. Про яке ускладнення можна думати?

- A. Пенетрація виразки;
- B. Перфорація виразки;
- C. Пілородуоденальний стеноз;
- D. Хронічна виразкова кровотеча;
- E. Малігнізація виразки.

Еталон відповіді: A.

5. Серед препаратів для лікування виразкової хвороби шлунка, одна з груп вказана неправильно. Виберіть її.

- A. Блокатори H₂ – гістамінових рецепторів;
- B. Нестероїдні протизапальні препарати;
- C. Антациди;
- D. Седативні засоби;
- E. М-холінолітики.

Еталон відповіді: B.

Типові задачі (α = II)

1. Пацієнт Н., 58 років, протягом 20 років страждає виразковою хворобою шлунка з типовими сезонними загостреннями, під час яких лікувався стаціонарно. Останні два роки до лікарів не звертався. Останні 8 місяців змінився характер болю, який зменшився в інтенсивності, турбує постійно зник апетит, схуд на 15 кг. Стілець буває 1 раз у 2 – 3 дні, блювання не було. Яке ускладнення виразкової хвороби слід підозрювати у хворого? Який метод дослідження необхідний для підтвердження діагнозу?

Еталон відповіді: попередній діагноз – малігнізована виразка шлунка. Для підтвердження діагнозу необхідно провести ендоскопічну фіброгастроскопію з біопсією виразки.

2. Хворому С., 40 років, встановлено клінічний діагноз: декомпенсований стеноз ворота. Яке операційне втручання показано пацієнту?

Еталон відповіді: резекція шлунка.

3. Пацієнтка 55 років, багато років хворіє на виразкову хворобу шлунка. Протягом 6 місяців періодично турбує блювання, втратила до 15 кг ваги. Раптом виникли судоми, більше на верхніх кінцівках, потьмарилася свідомість. Яке ускладнення виразкової хвороби може зумовлювати такі симптоми? Якими методами обстеження можна підтвердити діагноз?

Еталон відповіді: у пацієнтки – виразковий стеноз, ускладнений хлоропривною тетанією. Для підтвердження діагнозу потрібно

застосувати ендоскопічну фіброгастроскопію та рентгенологічне контрастне обстеження шлунково-кишкового тракту.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу:

Професійні алгоритми для формування навичок та вмінь

Таблиця 3

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою визначення симптомів Bouveret, Boas.	1) Видима хвилеподібна перистальтика шлунка при субкомпенсованому стенозі у худорлявих хворих 2) болочість при натискуванні зліва і справа від хребта на рівні X грудного – I поперекового хребців при penetрації виразки у підшлункову залозу	Перевірити симптоми у хворого гастродуоденальною виразкою, ускладненою стенозом або penetрацією у підшлункову залозу
2.	Провести курацію хворого	1) Скарги 2) Анамнез хвороби 3) Анамнез життя 4) Об'єктивний огляд	Звернути увагу на анамнез захворювання та скарги хворого, поведінку пацієнта, колір та тургор шкіри, наявність болочості у епігастрію, іррадіацію болю, здуття живота, судоми та неврологічні симптоми.

3. Матеріали для забезпечення самопідготовки студентів
Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з літературою

Таблиця 4

Навчальні завдання	Вказівки до завдання
<p>Вивчити:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Етіологію і патогенез 2. Клінічну картину 3. Діагностику 4. Диференційну діагностику 5. Ускладнення 6. Лікування 	<p>Назвати основні етіологічні чинники виразкової хвороби, механізм розвитку пенетрації, стенозу та малігнізації виразки, вплив на органи і системи.</p> <p>Вказати клінічні ознаки пенетрації, стенозу та малігнізації гастродуоденальної виразки, стадії захворювань та основні симптоми захворювань.</p> <p>Визначити необхідний перелік лабораторних і інструментальних методів обстеження.</p> <p>Заповнити таблицю диференційної діагностики.</p> <p>Знати ускладнення пенетрації, стенозу та малігнізації гастродуоденальної виразки, їх клінічну картину та методи діагностики, післяопераційні ускладнення.</p> <p>Скласти схему лікувальної тактики (хірургічне лікування, передопераційна та післяопераційна консервативна терапія.) у пацієнтів із пенетрацією, стенозом та малігнізацією гастродуоденальної виразки.</p>

VIII. Література

Навчальна:

1. В.І. Бондарєв, Р.В. Бондарєв, О.О. Васильєв та ін. Хірургія: підручник за редакцією професора П.Г.Кондратенка. – К.: Медицина, 2009. – 968с.
2. Захараш М.П., Пойда О.І., Кучер М.Д. та ін. Хірургія, – Київ: Медицина, 2006. – 656с.
3. Ковальчук Л.Я., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Клінічна хірургія, – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 504с.
4. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П. Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Шпитальна хірургія, - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 590с.
5. Кондратенко П.Г. Хірургічні хвороби. – Харків: Факт, 2006. – 816с.
6. Кузин М.И. Хирургические болезни. – Москва: Медицина, 1995. – 640с.
7. Шідловський В.О., Захараш М.П. Факультетська хірургія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544с.

Наукова:

1. А.А. Шаліков, В.Ф. Саєнко Хирургия пищеварительного тракта, – Київ: Здоров'я, 1987. – 567с.

Методична:

1. Методичний посібник з факультетської хірургії. – Львів, 2001. – 192с.