

3.2.4. Проривні (перфоративні) гастродуоденальні виразки

Типовий прорив (перфорація) виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки - це посилення некробіотичного процесу в ділянці виразкового дефекту з подальшим порушенням цілісності стінки(шлунка чи ДПК), що веде до постійного витікання гастродуоденального вмісту й повітря у вільну черевну порожнину.

Етіологія і патогенез

У 50,7% випадків перфоруєть виразки дванадцятипалої кишки, в 42,8% - виразки пілоричного відділу шлунка, в 4,8% - виразки малої кривини тіла шлунка і в 0,7% - виразки кардії.

Виразки, які лежать на передній стінці шлунка й дванадцятипалої кишки, частіше дають перфорацію із загальним перитонітом, тоді як виразки на задній стінці - перфорацію з адгезивним запаленням.

Причинами перфорації виразок вважають: загострення виразкової хвороби, шкідливі звички, стреси, професійне, фізичне навантаження, огріхи в харчуванні та зловживання спиртними напоями.

Класифікація (за В.С. Савельєвим, 1986)

Проривні гастродуоденальні виразки поділяють:

1. За етіологією:

- виразкові;
- невиразкові.

2. За локалізацією:

- виразки шлунка (малої кривини, кардіальні, антральні, препілоричні, пілоричні), передньої та задньої стінок;
- виразки дванадцятипалої кишки (передньої та задньої стінок).

3. За перебігом:

- прориви в черевну порожнину;
- прикриті перфорації;
- атипові перфорації.

4. За клінічними стадіями:

- шокова ;
- уявного благополуччя;
- перитоніту.

Симптоматика і клінічний перебіг

Клінічна картина перфорації дуже характерна і залежить від поширення запального процесу й інфікування черевної порожнини. У клінічному перебігу перфорації розрізняють такі три фази: шок, "уявне благополуччя" і перитоніт (Мондор, 1939).

Для фази шоку (триває до 6 годин) характерний дуже різкий біль в епігастрії (Дьєлафуа порівнює його з болем від удару кинджалом), з іррадіацією в праве плече та ключицю, обличчя бліде, з виразом сильного страху, риси загострюються (facies abdominalis), холодний піт зрошує шкірні покриви. Пульс спочатку сповільнений (vagus puls), пізніше стає частим і меншого наповнення. Зрідка настають рефлексорне блювання й затримка газів. Артеріальний тиск понижений. При огляді - живіт втягнений, не бере участі в акті дихання. При пальпації - "дошкоподібний живіт", особливо у верхньому відділі, де, зазвичай, спостерігається найбільша болючість. Позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. При перкусії - зникнення печінкової тупості (симптом Спіжарного). При ректальному дослідженні відзначається болючість у ділянці прямокишково-маткового чи прямокишково-міхурового заглиблення (симптом Куленкампа).

Фаза шоку змінюється фазою "уявного благополуччя", коли рефлексорні явища знижуються: загальний стан хворого суб'єктивно покращується, пульс вирівнюється,

артеріальний тиск підвищується, біль у животі частково зменшується. Однак напруження м'язів передньої черевної стінки утримується, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

Фаза "уявного благополуччя" через 6-12 годин із моменту перфорації змінюється фазою перитоніту: пульс частий, живіт здувається через зростаючий метеоризм, кишкові шуми не прослуховуються, у відлогих місцях черевної порожнини при перкусії відзначається велика кількість вмісту, обличчя набуває характерних рис - facies Hippocratica - очі западають, губи синіють, ніс загострюється, язик стає сухим і обкладеним, дихання поверхневе й часте, підвищується температура.

Варіанти клінічного перебігу й ускладнення


Прикрита перфорація (А.М.Шніцлер, 1912). При цій різновидності патології перфоративний отвір через деякий час після прориву закривається фібрином, сальником, долею печінки, іноді - шматком їжі. У зв'язку з цим, у черевну порожнину потрапляє не завжди однакова, проте порівняно невелика, кількість шлунково-кишкового вмісту й повітря. З огляду на це, клінічна картина не завжди однакова. Після прикриття біль у животі зменшується, але стійко зберігається напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо верхнього квадранта живота. При перкусії печінкова тупість сумнівна. Рентгенологічно не завжди можна відзначити газ у правому підребер'ї (рис. 3.2.14).

Наслідки перебігу прикритої перфорації: може настати повторна перфорація з розвитком класичної клінічної картини прориву; при відмежуванні процесу від вільної черевної порожнини на ґрунті інфікованого вмісту формується піддіафрагмальний чи підпечінковий абсцес; повне закриття дефекту навколишніми тканинами з поступовим виздоровленням хворого.

Атипова перфорація - це перфорація, при якій шлунковий або кишковий вміст проникає не в черевну порожнину, а в заочеревинний простір (виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки), великий чи малий сальник (виразки малої кривини шлунка), печінково-дванадцятипалу зв'язку тощо.

У таких хворих під час прориву біль буває не різко вираженим. Пальпаторно виявляють незначну ригідність м'язів передньої черевної стінки живота. В окремих випадках, особливо на пізніх стадіях захворювання, можуть виникнути підшкірна емфізема й крепітація.

Діагностична програма

1. Анамнез і фізикальні методи обстеження.
2. Загальний аналіз крові й сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма.
3. Оглядова рентгенографія і рентгеноскопія органів черевної порожнини на наявність вільного газу в черевній порожнині (пневмоперитонеум ).
4. Пневмогастрографія, контрастна пневмогастрографія.
5. Фіброгастродуоденоскопія.
6. Сонографія.
7. Лапароцентез із діагностичною пробєю I.I.Неймарка (до 2-3 мл ексудату з черевної порожнини додають 4-5 крапель 10% розчину йоду). Якщо в ексудаті з'являються домішки шлункового вмісту, тоді під дією йодної настойки шлунковий вміст набуває брудно-синього кольору).
8. Лапароскопія.

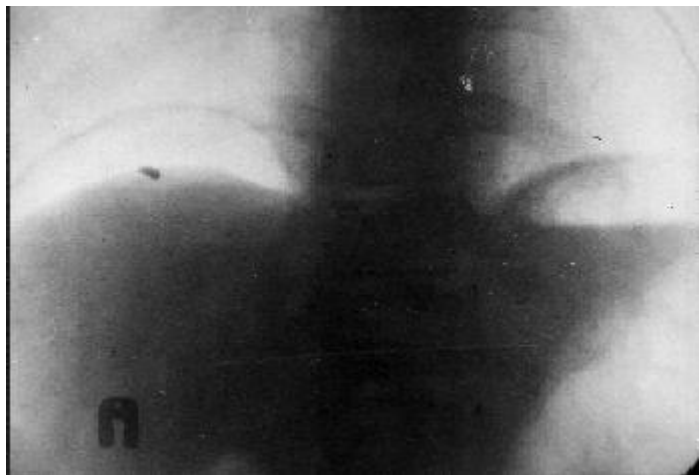


Рис. 3.2.14. Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини. Пневмоперитонеум.

Тактика і вибір методу лікування

Діагностована проривна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки є абсолютним показанням до невідкладної операції. Передопераційна підготовка повинна включати: в I фазі - протишокові засоби; в II і III фазах - реанімаційні засоби, введення антибіотиків за 2-3 години до операції, ліквідацію гіповолемії за допомогою сольових кровозамінників (фізіологічний розчин хлористого натрію), розчини декстрану (поліглюкін, реополіглюкін, гемодез). Кількість рідини, необхідної для корекції гіповолемії, вираховують за гематокритом і центральним венозним тиском.

Консервативне лікування (*метод Тейлора, 1946*) може бути виправданим при категоричній відмові хворого від операції або при відсутності умов для її виконання.

Воно повинно включати:

- постійну назогастральну аспірацію шлункового вмісту;
- введення засобів, що гальмують шлункову секрецію (атропін, Рантак);
- введення антибіотиків;
- корекцію метаболізму;
- лапароцентезне дренивання та закритий лаваж черевної порожнини.

Оперативні втручання при проривній виразці поділяються на паліативні й радикальні.

Паліативні операції

До *паліативних* оперативних втручань відносяться: зашивання перфоративного отвору виразки, тампонада перфоративного отвору сальником на ніжці. Показаннями й умовами для їх виконання є:

- перфорація гострої безанамнестичної виразки дванадцятипалої кишки в юнацькому та молодому віці;
- перфорація гострої виразки в II-III фазах перебігу;
- перфорація кальозної виразки шлунка в II-III фазах перебігу;
- виражений і високий ступені ризику операції.

Радикальні операції

До *радикальних* оперативних втручань при проривних виразках відносяться: резекція шлунка й вирізання перфоративного отвору виразки в поєднанні з пілородуоденопластикою і стовбуровою ваготомією, селективною ваготомією або селективною проксимальною ваготомією.