



Полтавський державний медичний університет
Кафедра хірургії № 1

Лекція для лікарів-інтернів з фаху «Хірургія»

Тема: Хірургічні захворювання шлунку та ДПК

Полтава 2023

Виразкова хвороба шлунку

Класифікація виразкової хвороби А. А. Шалімов, В. Ф. Саєнко І.

За локалізацією:

1. Дванадцятипалої кишки. 2. Пілороантрального відділу шлунку. 3. Малої кривизни шлунку. 4. Кардіального відділу шлунку. 5. Іших локалізацій (великої кривизни шлунка, стравоходу, тонкої кишки). 6. Пептична виразка анастомоза і тонкої кишки.

II. За характером шлункової секреції:

Зі зниженою секрецією в обох її фазах. 2. З нормальною секрецією в обох її фазах. 3. З нормальною секрецією в першій фазі і підвищеною в другій фазі. 4. З підвищеною секрецією в першій фазі і нормальною в другій фазі. 5. З підвищеною секрецією в обох фазах.

III. За перебігом:

1. Неускладнена. 2. Ускладнені кальозні, пенетруючі, перфоруючі, стенозуючі, малегнізуючі виразки, кровотечі. IV. За клінічним перебігом: 1. Фаза загострення. 2. Фаза ремісії. 3. Хронічна фаза.

Етіологія і патогенез.

До етіологічних чинників виразкової хвороби відносять наступні:

- 1) генетичні;
- 2) аліментарні;
- 3) нервово-психічні;
- 4) медикаментозні;
- 5) інфекційні.

Основними факторами виникнення виразкової хвороби є:

1. порушення нервових та гуморальних механізмів, які регулюють діяльність гастродуоденальної зони;
2. порушення місцевих механізмів шлункової секреції;
3. зміни структури слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки;
4. конституція та спадковість;
5. умови зовнішнього середовища.



В основі виникнення виразок малої кривизни шлунка лежить дуоденогастральний рефлекс, який виникає в результаті порушень нейрогуморальної регуляції і моторики пілородуоденального сегмента травного тракту, які призводять до недостатності пілоруса.



Початковим моментом у виникненні виразок II типу (комбіновані виразки шлунка та ДПК) вважають виразку дванадцятипалої кишки, яка сама по собі або внаслідок пілоростенозу призводить до порушення евакуації з шлунка, розтягнення його антральної частини, підвищує виділення гастрину. Гіперсекреція, що виникає при цьому викликає утворення виразки шлунка. Патогенез препілоричних виразок такий, як і виразок дванадцятипалої кишки.

Визначальними чинниками виникнення виразок дванадцятипалої кишки вважають:

1. порушення нейрогуморальних і місцевих механізмів регуляції шлункової секреції, які зумовлюють підвищення секреції соляної кислоти та пепсину;
2. зниження резистентності слизової оболонки дванадцятипалої кишки.

Класифікація

Єдиної класифікації виразкової хвороби на даний час не існує.

Виділяють три основні типи виразок шлунка:

I тип - виразки малої кривизни;

II тип - комбіновані виразки шлунка і дванадцятипалої кишки;

III тип - препілоричні виразки.

За локалізацією виразки:

1. Шлунок: кардіальна частина, субкардіальна частина, мала кривизна, велика кривизна, тіло шлунка, передня стінка, задня стінка, антральна частина.
2. Дванадцятипала кишка: цибулина, постбульбарні, передньої, задньої, верхньої, нижньої стінок.
3. Поєднані виразки шлунка і ДПК.

За клінічною формою:

1. Гостро чи вперше виявлена виразка.
2. Хронічна виразка.

За фазою процесу:

1. Загострення.
2. Неповна ремісія.
3. Повна ремісія.

За клінічним перебігом:

1. Латентна виразкова хвороба.
2. Легке (рідко рецидивуюче) захворювання.
3. Захворювання середньої важкості (1-2 рецидиви на рік).
4. Важкий (3 рецидиви на рік) чи безперервно рецидивуючий перебіг, розвиток ускладнень.



За наявністю ускладнень:

1. Виразка, ускладнена кровотечею (легкою, середньою, важкою, профузною, вкрай важкою).
2. Виразка, ускладнена перфорацією (відкритою, прикритою).
3. Пенетруюча і кальозна виразка.
4. Виразка, ускладнена рубцевими деформаціями шлунка і ДПК, стенозом воротаря (компенсований, субкомпенсований, декомпенсований).
5. Малігнізована виразка.

Клінічна симптоматика

Характерний типовий виразковий симптомокомплекс. Основні скарги хворих: **біль, печія, відрижка, нудота, блювання.**

Клініка виразкової хвороби залежно від локалізації виразки:

1. **Виразка кардії.** Характеризуються болем у ділянці мечоподібного відростка з іррадіацією в ділянку серця, плече, спину, лопатку. Виникає під час прийому їжі чи через 20-30 хв після нього. Їх інтенсивність зростає при penetрації в підшлункову залозу (6-8%).

2. **Виразка великої кривизни.** виразковий анамнез, анорексія, втрата маси тіла, нудота, блювання, часто penetрація в брижу попереково-ободової кишки, селезінку, печінку, підшлункову залозу.



3. **Виразка воротаря** (2-6%) - біль, що іррадіює в спину, нудота, блювання, печія, відрижка кислим, ускладнюється кровотечами, стенозом.

4. **Постбульбарна виразка** - виразковий анамнез нечіткий, виражений больовий синдром з іррадіацією в спину, частий розвиток ускладнень, проте не малігнізуються.

5. **Гігантська виразка** - біль, як при панкреатиті чи печінковій коліці. Виснаження, анемія, гіпопротеїнемія. Виникає у людей похилого віку, характеризується нормальною чи зниженою секрецією і невеликою зоною пальпаторної болючості, вражає шлунок і ДПК.

Клініка виразкової хвороби залежно від статі і віку:

1. **Ювенільні виразки** мають 2 варіанти перебігу: 1) перебіг із вираженим больовим синдромом, блюванням, високою кислотністю. У 85% випадків локалізуються в ДПК чи пілоричній зоні; 2) "німі" виразки, що часто діагностуються лише після виникнення ускладнень (стеноз, перфорація, кровотеча). Дуже рано пенетрують з різким больовим синдромом і блюванням.



2. **Виразки у людей похилого віку:** нерізко виражений больовий синдром, відсутність сезонності, нормальна або знижена кислотність шлункового соку, втрата маси тіла, часто шлункова локалізація виразки, виразки кальозні з розвитком ускладнень.

3. **Виразки у жінок** зустрічаються значно рідше, ніж у чоловіків, мають субклінічний або безсимптомний перебіг, переважають рубцево-склеротичні ускладнення.

УСКЛАДНЕННЯ

- ▶ Пенетрація
- ▶ Перфорація
- ▶ Стенозування
- ▶ Кровотеча
- ▶ Малігнізація

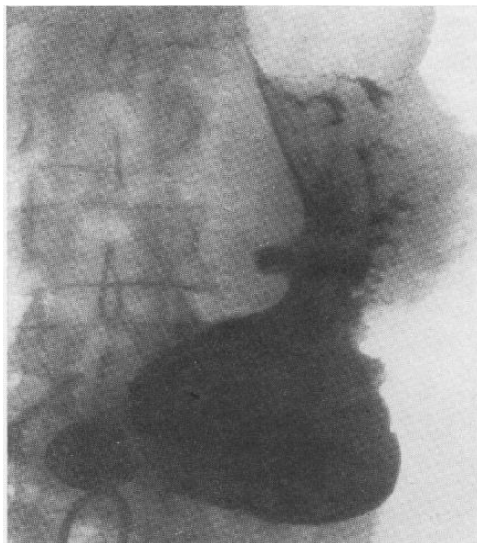
Лабораторні та інструментальні методи діагностики.

1. Загальний аналіз крові і сечі.
2. Група крові і Rh фактор.
3. Коагулограма.
4. Біохімічний аналіз крові (розгорнутий).
5. ЕКГ.
6. Рентгенографія чи рентгеноскопія органів грудної клітки.
7. Рентгенографія (контрастна) шлунка.
8. ЕГДС.
9. Спірографія.
10. УЗД.
11. Вивчення секреторної здатності шлунка.
12. Аналіз калу на приховану кров.

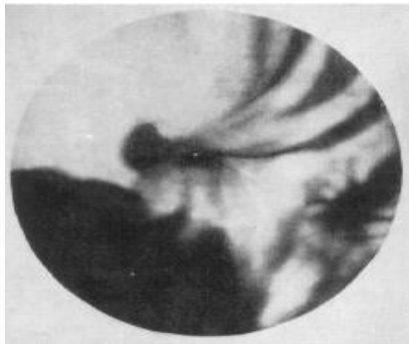
Тести на *Helicobacter pylori*:

Helicobacter pylori можна виявити шляхом гістологічного дослідження біоптату з країв виразки, фарбування за Грамом або Романовським-Гімзою. Враховуючи виражену уреазну активність, яка відрізняє *Helicobacter pylori* від інших мікроорганізмів, розроблені спеціальні тести:

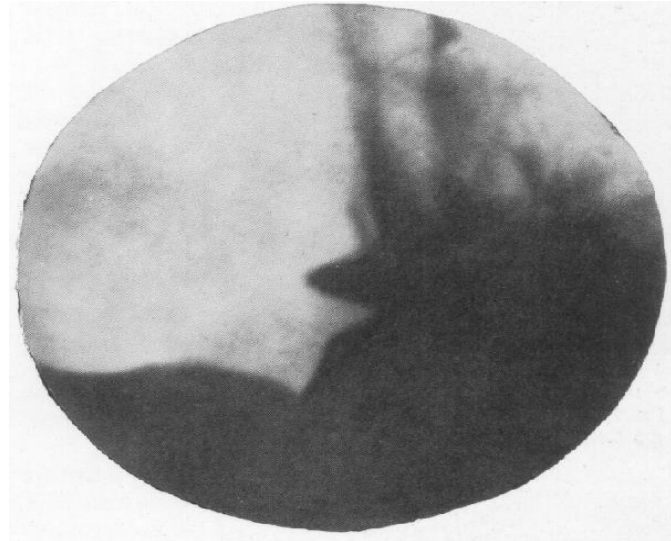
Ніша по малій кривизні шлунка при
хронічній виразці. Гастритичні зміни
рельєфу слизової.



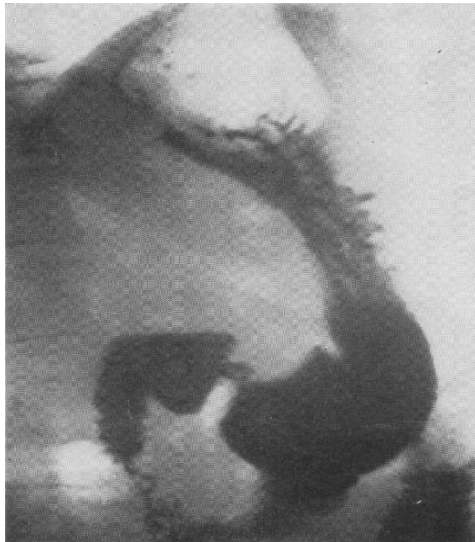
Прицільний знімок ніші по малій кривизні шлунка. Чітко видно конвергенцію складок слизової до ніші.



Ніша по малій кривизні шлунка при гострій виразці. Гострокінцева ніша з заглибленням біля її основи - запальним валом.



Виразка пілоруса. У верхньому його контурі - ніша



Подвійна виразка шлунка. По малій кривизні в середньому відділі - дві виразкові ніші.





Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікувальна тактика залежить від тривалості захворювання,
важкості перебігу, наявності ускладнень.

Консервативне лікування.

Консервативне лікування виразкової хвороби включає в себе:

I. Дієтотерапію (дієта № 1А, 1Б за Певзнером).

II. Фізіотерапію (ультразвук, торфо-, грязе-, озокеритолікування).

III. Медикаментозну терапію:

1. Засоби, що пригнічують хелікобактерну інфекцію (де-нол, трихопол, оксацилін, ампіокс та ін.)

Хірургічне лікування.

Абсолютними показаннями до операції є важкі ускладнення виразкової хвороби:

1. Перфорація виразки.
2. Профузна кровотеча або кровотеча, яка не зупиняється консервативним шляхом.
3. Рубцево-виразковий стеноз воротаря і ДПК.
4. Малігнізація виразки.

Умовно-абсолютними показаннями є наступні ускладнення:

1. Пенетрація і прикрита перфорація виразки.
2. Повторення виразкової кровотечі під час лікування або рецидивні кровотечі в анамнезі.
3. Перфорація виразки в анамнезі, відновлення клінічної картини виразкової хвороби.
4. Рецидивні виразки після ваготомії і резекції шлунка.
5. Гігантські та кальозні виразки, а також виразки шлунка, які не піддаються комплексному консервативному лікуванню протягом 2-3 місяців інтенсивної терапії.
6. Постбульбарні виразки ДПК.

Принципи оперативного лікування виразкової хвороби шлунка та ДПК:

1. Ліквідація кислотно-пептичного фактора.
2. Видалення виразки.
3. Покращання моторно-евакуаторної функції.

Передопераційна підготовка.

Необхідність її проведення визначається:

- а) наявністю і характером ускладнень виразкової хвороби;
- б) супровідними захворюваннями та їх важкістю.

Методи операцій.

У хворих з виразковою хворобою виконують 3 типи оперативних втручань:

1. Органозберігаючі операції (ваготомії та ваготомії з дренируючими операціями).
2. Органощадні операції (антрумектомія, ПРІС).
3. Резекційні типи оперативних втручань.

Хірургічне лікування.

Перфоративна виразка є абсолютним показанням до оперативного втручання. Підготовка хворого до операції триває 1,5-2 години. Об'єм передопераційної підготовки залежить від стадії клінічного перебігу перфоративної виразки.

- 
- ▶ Всі операції при перфоративній виразці поділяються на радикальні і паліативні.

Радикальні операції:

I. Резекція шлунка проводиться:

1. якщо з моменту перфорації пройшло не більше 6 год;
2. у хворих віком до 60 років при відсутності важких супровідних захворювань;
3. при перфорації хронічних кальозних виразок шлунка;
4. при повторних перфораціях в поєднанні із стенозом;
5. кровотечах.

Хірург повинен бути підготовлений до резекції шлунка і умови повинні дозволяти її проведення.

▶ **II. Стівбутова ваготомія з висіченням і пілоропластиком**

показана при:

1. перфорації пілородуоденальної зони за відсутності інфільтрата великих розмірів і різкої деформації пілоруса;
2. відсутності поширених форм перитоніту;
3. необхідного швидкого завершення операції.

▶ **III. СПВ + висічення виразки + пілоропластика** проводиться при:

1. виразках ДПК з наявністю перипроцесу, дуоденостазу;
2. збереженні моторно-евакуаторної функції шлунка;
3. відсутності гнійних форм перитоніту;
4. у хворих молодого віку.

Кровоточива виразка

Кровотечі з виразок - важке ускладнення виразкової хвороби, яке зумовлене прогресуванням некробіотичних процесів у виразці і поступленням крові в шлунково-кишковий тракт.

Частота кровотеч при виразковій хворобі досягає 22-28%, вони бувають переважно у хворих після 40 років. У жінок кровотечі з виразок зустрічаються вдвічі рідше, ніж у чоловіків.

Кровотечу можуть супроводжувати наступні патогенетичні механізми:

1. Гіповолемічний шок внаслідок зменшення ОЦК.
2. Ниркова недостатність внаслідок зменшення фільтрації і гіпоксії паренхіми нирок.
3. Печінкова недостатність у зв'язку з зменшенням печінкового кровотоку і гіпоксії.
4. Киснєве голодування міокарда ішемія міокарда інфаркт міокарда.
5. Гіпоксія мозку набряк мозку.
6. Інтوكсикація продуктами гідролізу білків крові, яка вилилася в кишечник.

Класифікація

Згідно з класифікацією О.О. Шалімова, В.Ф. Саєнко (1987р.), кровотечі поділяють на 3 ступені важкості крововтрати.

I ступінь - легкий, спостерігається при втраті до 20% ОЦК (до 1000 мл у хворого з вагою 70 кг).

II ступінь - середньої важкості, зумовлений втратою від 20% до 30% ОЦК (до 1500 мл).

III ступінь - важкий, який відповідає втраті більше 1500 мл.

Кровоточиві виразки

Ознаки гемостазу

Ознаками стабільного гемостазу є відсутність крові в шлунку і цибуліні ДПК, дно виразки вкрите фібрином білого або брудно-сірого кольору, просвіт виступаючої над кратером виразки судини закритий тромбом білого кольору.

Ознаками нестабільного гемостазу є наявність світлої крові, згортків крові в шлунку, пухкого згортку крові темно-коричневого кольору над виразкою, визначається пульсація судини.

Абсолютна ознака нестабільного гемостазу - витікання крові з судини.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікувальна тактика залежить від причини кровотечі, тривалості кровотечі та її динаміки, ступеня крововтрати.

Всі хворі з підозрою на шлунково-кишкову кровотечу повині госпіталізуватися в хірургічний відділ, а при підтвердженні діагнозу - в реанімаційний

Консервативне лікування кровотеч показано:

- а) при сумнівному діагнозі;
- б) при кровотечі першого ступеня, яка зупинена;
- в) при зупиненій кровотечі, коли відсутні дані про можливість її рецидиву;
- г) при відсутності умов для виконання операції;
- д) при наявності важкої супровідної патології.

Консервативне лікування включає:

- . Суворий ліжковий режим, голод.
- . Катетеризацію вен
- . Переливання еритроцитарної маси, плазми.
- . Введення гемостатичних засобів

Внутрішньовенне введення інгібіторів протеаз

- . Пригнічення шлункової секреції
- . Пригнічення фібринолітичної активності
(Гемотран).

Відновлення ОЦК за рахунок гемокоректорів.

Місцева зупинка кровотечі.

Хірургічне лікування.

Використовують два основних способи лікування:

1. Активна тактика - оперативне лікування на висоті кровотечі.
2. Вичікувальна тактика, яка передбачає зупинку кровотечі консервативними засобами і в подальшому - планове оперативне втручання.

Абсолютним показанням до нього є профузна кровотеча.

Умовно абсолютними показаннями є:

1. рецидивні кровотечі в анамнезі;
2. рецидив кровотечі під час лікування або неефективність консервативного лікування;
3. локалізація виразки в ділянках з посиленням кровопостачання, в проекції магістральних судин;
4. несприятлива ендоскопічна картина (глибока виразка, кальозна виразка з тромбованою судиною).



Об'єм оперативного втручання визначається станом хворого, важкістю кровотечі, супровідними захворюваннями, анатомічною локалізацією і характером виразки.

У надзвичайно важких хворих виправдане виконання паліативних операцій

- 1) прошивання кровоточивої судини з боку слизової;
- 2) клиноподібне висічення виразки;
- 3) емболізація кровоточивих судин;
- 4) прошивання стінки шлунка наскрізь по периметру виразки з наступним накладанням серозно-м'язових швів за Картавіним;
- 5) ушивання кровоточивої виразки шлунка та ДПК.



У післяопераційному періоді лікування повино бути етіопатогенетичним, індивідуальним і з урахуванням супровідної патології.

Основні принципи:

1. Відновлення ОЦК, замісна терапія.
2. Боротьба з постгеморагічною анемією.
3. Покращання реологічних властивостей крові.
4. Профілактика або лікування печінково-ниркової недостатності.
5. Дезінтоксикаційна терапія.
6. Противиразкова терапія, яка включає в себе блокатори шлункової секреції, антациди та цитопротектори.
7. Декомпресія шлунка до відновлення перистальтики та пасажу кишкового вмісту.
8. Боротьба з парезом кишечника, проведення очисних клізм.
9. Вітамінотерапія.
10. Симптоматична терапія.
11. Антибактеріальна терапія за показаннями.
12. Профілактика серцево-судинних ускладнень, ускладнень зі сторони легень, тромбоемболічних ускладнень, особливо у хворих похилого та старечого віку.

Стеноз виходу з шлунка

Пілородуоденальний стеноз - звуження пілоричного відділу шлунка або верхньогоризонтального відділу дванадцятипалої кишки, викликане грубою деформацією органа внаслідок рубцювання виразкового дефекту.

Це найбільш часте ускладнення виразкової хвороби, яке виникає у 10-40% випадків захворювання. Частіше розвивається в осіб з довготривалим виразковим анамнезом.

Класифікація.

За етіології:

ГДС внаслідок доброякісних захворювань;

ГДС внаслідок злоякісних захворювань.

За стадії розвитку: компенсований; субкомпенсований; декомпенсований

Ускладнення:

гіповолемічний шок;

Гостре шлунково-кишкова кровотеча (виразкові або розриви слизової на тлі багаторазового блювання);

перфорація виразки або пухлини;

спонтанний розрив шлунка



За морфологічною картиною розрізняють три стадії стенозу:

- I - запальна;
- II - рубцева виразкова;
- III - рубцева.

За клінічним перебігом виділяють наступні стадії стенозу:

- I - компенсована;
- II - субкомпенсована;
- III - декомпенсована.

Клінічна симптоматика Компенсований стеноз.

На фоні звичайних симптомів виразкової хвороби хворі помічають відчуття важкості і повноти в епігастрії, переважно після вживання великої кількості їжі, печію, відрижку кислим і епізодичне блювання шлунковим вмістом з вираженим кислим присмаком. Після блювання зникає відчуття важкості та повноти в епігастрії.

При огляді стан хворих задовільний. Аускультативні, пальпаторні, перкуторні дані без особливих змін. Натще при зондуванні виявляється 200-300 мл шлункового вмісту.

Субкомпенсований стеноз

Хворих турбує майже постійне відчуття важкості і повноти в епігастральній ділянці, відрижка з неприємним запахом тухлих яєць внаслідок тривалої затримки їжі в шлунку. Спостерігається виражений різкий колікоподібний біль, який пов'язаний з посиленою перистальтикою шлунка, супроводжується переливанням, бурчанням в животі. Щоденно виникає блювання з домішками їжі, спожитої напередодні, яке приносить полегшення. Турбує слабкість, швидка втомлюваність. При огляді стан хворих порушений, схуднення, в окремих випадках видно хвилеподібну перистальтику шлунка, зміну контурів передньої черевної стінки.

Аускультативно визначається посилення перистальтики над шлунком. При пальпації натще визначається "шум плеску" в шлунку, опущення його нижньої межі. Натще при зондуванні виявляється 500-600 мл шлункового вмісту з домішками спожитої напередодні їжі з ознаками гниття.

Декомпенсований стеноз

Клінічна картина прогресує, виражена важкість в епігастрії, відрижка тухлим, часте щоденне блювання з неприємним запахом внаслідок бродильних процесів у шлунку. Хворі самотійно викликають блювання для полегшення стану. Больовий синдром практично відсутній, переважають ознаки порушення евакуації, хворі відмовляються від їжі, виражена спрага.

При огляді стан хворих важкий, значна втрата ваги, виражене зневоднення, адинамія. Шкіра суха, тургор її різко знижений. Спостерігається також сухість язика і слизових оболонок ротової порожнини, зменшення діурезу. На передній черевній стінці видно контури розтягнутого шлунка.

При аускультатії - сповільнення перистальтики над шлунком, пальпаторно-перкуторно виражений "шум плеску" в шлунку натще, різке опущення нижньої межі шлунка, аж до входу в малий таз. Натще при зондуванні з шлунка видаляють декілька літрів шлункового вмісту з домішками старої їжі з ознаками гниття.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Наявність органічного пілородуоденального стенозу є абсолютним показанням до оперативного втручання.



Вибір методу оперативного втручання проводять індивідуально, залежно від стану хворого, ступеня стенозу і характеру патоморфологічних змін, стану секреторної та моторної функції шлунка, наявності супровідної патології і тощо. Принципи оперативного лікування при пілородуоденальному стенозі наступні:

- а) усунення стенозу і створення умов для відновлення моторно-евакуаторної функції оперованого шлунка;
- б) усунення виразки.

Передопераційна підготовка

1. Лікування волемічних порушень.
2. Корекція водно-електролітного та білкового балансу.
3. Корекція кислотно-лужної рівноваги.
4. Адекватне парентеральне харчування.
5. Противиразкова терапія.
6. Систематична декомпресія шлунка.
7. Корекція порушень інших органів.



Методи операцій залежать від ступеня стенозу, наявності супутньої патології і індивідуальних особливостей хворого.



При компенсованому стенозі і достатній прохідності пілоробульбарної зони можна виконати СПВ.

При субкомпенсованому стенозі необхідне поєднання ваготомії з дренуючими операціями.

Резекція 2/3 шлунка або пілороантрумектомія з ваготомією показана при декомпенсованому стенозі, поєднанні пілородуоденального стенозу з виразкою шлунка, наявністю інтраопераційних ознак дуоденостазу.

У хворих з надзвичайно високим ризиком операції, осіб похилого віку з важкою супровідною патологією проводиться формування гастроентероанастомозу як варіант паліативного втручання.

Малігнізація

Малігнізація виразки означає злоякісне переродження виразки.
Малігнізація виразки ДПК зустрічається в 0,1-0,3%, при
виразці шлунка – 3-15% хворих.

Клінічна симптоматика

Finsterer визначив наступні ознаки малігнізованої виразки:

1. погіршення загального стану;
2. втрата апетиту;
3. відмова від м'ясної їжі;
4. пониження кислотності шлункового соку;
5. поява молочної кислоти в шлунковому соці.

Хірургічне лікування

Підтверджений діагноз малігнізованої виразки є абсолютним показанням до оперативного лікування.



Методом вибору радикального оперативного лікування при малігнізованих виразках середньої і нижньої третини шлунка є субтотальна його резекція з видаленням малого та великого сальника і регіонарних лімфатичних вузлів.

Дякую за увагу

- ▶ Список літератури:

- ▶ 1. Freixinet Gilart J., Hernandez Rodriguez H., Martinez Vallina P. et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of thoracic traumatism. Arch. Bronconeumol. 2011; 47 (1): 41 – 49. 2. Committee on Trauma. Advanced trauma life support. American College of Surgeons. 7th ed. Chicago: Saint Clair St.; 2004. 3. Losso L.C., Ghefter M.C. Penetrating thoracic trauma. In: Patterson G.A., Cooper J.D., Deslauriers J. et al., eds. Pearson's thoracic & esophageal surgery. 3th ed. New York: Churchill Livingstone; 2008. 4. Freixinet J., Beltran J., Rodriguez P. et al. Indicadores de gravedad en los traumatismos torácicos. Arch. Bronco-pneumol. 2008; 44: 257 – 262. 5. Sirmali M., Turut H., Topcu S. et al. A comprehensive analysis of traumatic rib fractures: morbidity, mortality and management. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2003; 24: 133 – 138. 6. Liman S.T., Kuzucu A., Tastepe A.I. et al. Chest injury due to blunt trauma. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2003; 23: 374 – 378. 7. Omert L., Yeane W.W., Protetch J. Efficacy of thoracic computerized tomography in blunt chest trauma. Am. Surg. 2001; 67: 660 – 664. 8. Moon M.R., Luchette F.A., Gibson S.W. et al. Prospective, randomized comparison of epidural versus parenteral opioid analgesia in thoracic trauma. Ann. Surg. 1999; 229: 684-691. 9. Bulger E.M., Edwards T., Klotz P., Jurkovich G.J. Epidural analgesia improves outcome after multiple rib fractures. Surgery 2004; 136: 426 – 430. 10. Ullman D.A., Fortune J.B., Greenhouse B.B. et al. The treatment of patients with multiple rib fractures using continuous thoracic epidural narcotic infusion. Reg. Anesth. 1989; 14: 43 – 47.