

© Соколов В.Ю.

УДК 617=089.85(084.)

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПЕРФОРАЦІЇ У ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНИМИ ВИРАЗКАМИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

В.Ю.Соколов

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. А.Г.Іфтодій) Буковинської державної медичної академії

Виразкова хвороба – одне з досить поширених захворювань внутрішніх органів. За світовою статистикою, її виявляють у 3-10% дорослого населення, в Україні – 7,5%. Широке застосування в клінічній практиці високоефективних противиразкових препаратів сприяло зменшенню частоти виконання планових операцій з приводу виразкової хвороби, проте частота ускладнених форм, що вимагають здійснення невідкладного оперативного втручання, не має тенденції до зниження [1-4]. У 3-30% пацієнтів з виразковою хворобою виникає перфорація виразки, яка в структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини становить 1,6-3,4% [5-7].

Єдиним надійним методом лікування перфоративної виразки є виконання невідкладного оперативного втручання, проте щодо вибору методу та обсягу операції спільної думки серед хірургів немає. Деякі автори надають перевагу зашиванню перфоративного отвору, в тому числі лапароскопічному, з наступним проведенням курсу противиразкової терапії. Деякі дослідники пропонують, як обов'язковий компонент операції, видалення виразки [3, 6, 7].

Одним з основних факторів, що впливає на вибір методу операції, є наявність перитоніту. Наведені дані засвідчують доцільність проведення подальших досліджень з метою оптимізації хірургічної тактики лікування хворих на перфоративну

виразку шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). Тому актуальним постає питання своєчасної діагностики перфоративної гастродуоденальної виразки, особливо при атиповому перебігу захворювання.

Нами запропоновано спосіб діагностики перфорації у хворих з перфоративними виразками шлунка та ДПК (патент № 2001075141). Спосіб діагностики перфорації у хворих з перфоративними виразками шлунка та ДПК включає введення у шлунок повітря через шлунковий зонд і подальший контроль за наявністю повітря у черевній порожнині. Згідно з винаходом, контроль за наявністю повітря здійснюють шляхом лапароскопічного або ендовідеохірургічного спостереження за появою бульбашок повітря, причому за місцем появи бульбашок визначають місцезнаходження ділянки перфорації. За першим варіантом виконання перед введенням повітря шлунковий зонд підводять до наявного патологічного вогнища, а при спостереженні контролюють появу бульбашок повітря безпосередньо у ділянці перфорації. За другим варіантом виконання при перфораціях задньої стінки шлунка при введенні повітря через шлунковий зонд шлунок заповнюють повітрям до створення надлишкового тиску і контролюють вихід бульбашок повітря через сальниковий отвір та пролабування ділянки шлунково-ободової зв'язки.

Техніка. Хворому під загальним знеболенням виконують лапароцентез у параумбілікальній точці на 1-2 см вище пупка троакаром 10 мм, проводять інсуфляцію CO₂ до 10-12 мм рт. ст. Хворому надається положення з піднятим головним кінцем на 30-40°. У черевну порожнину вводиться ендовідеокамера і оглядають черевну порожнину. У разі виявлення ознак прикритої перфоративної виразки в правій підреберній ділянці виконують лапароцентез троакаром 5-10 мм для введення додаткових маніпуляторів-інструментів (анатомічний ендолапароскопічний затискач, ретрактор, відсмоктувач) в залежності від потреби, край печінки піднімають догори, патологічний вміст відсмоктують з черевної порожнини.

У шлунок вводять тонкий зонд діаметром 5-6 мм, при цьому під контролем ендовідеокамери спостерігають його просування у напрямку антрально-пілоричного відділу, в разі потреби коригують його просування з боку черевної порожнини. При досягненні зондом необхідної ділянки через нього 100 мл шприцом Жанне нагнітають повітря у шлунок. У разі перфорації через отвір у стінці шлунка чи ДПК можна спостерігати виділення бульбашок газу. При цьому кількість введенного повітря може коливатись у межах від 100 до 300 мл. Для полегшення діагностики одним із інструментів можна зняти нашарування фібринозних плівок на стінці шлунка та ДПК.

При сумнівних симптомах перфорації шлунок під візуальним контролем ендовідеокамери або лапароскопа можна заповнити повітрям для створення надлишкового тиску, що у свою чергу може бути ознакою його герметичності з одного боку, а з другого, - позитивним моментом для виш-

товхування "корка", яким служать шматочки їжі при прикритих перфораціях. У разі перфорації задньої стінки шлунка при нагнітанні повітря у шлунок можна спостерігати пролабування на межі великої кривини шлунка в ділянці шлунково-ободової зв'язки та вихід бульбашок газу через сальниковий отвір. Усе вищевказане дозволяє діагностувати перфорацію та атиповий перебіг при перфораціях виразкової хвороби шлунка та ДПК, що сприяє подальшому успішному хірургічному лікуванню.

У разі відсутності ендовідеохірургічного обладнання спосіб діагностики можна здійснити звичайним лапароскопом. Різниця полягатиме в тому, що спостереження буде проводитись лише через лапароскоп без трансляції на монітор. При виявленні перфоративної виразки шлунка або ДПК в разі застосування ендовідеохірургічного обладнання можна здійснити ушивання виразки лапароскопічним методом. У випадках, коли локалізація виразки не дозволяє здійснити ушивання лапароскопічно, виконується лапаротомія та виконання операції традиційними хірургічними способами. При застосуванні запропонованого способу діагностики перфоративних виразок шлунка та ДПК у 100% випадків можна досягти позитивного результату діагностики та запобігти зволіканню у виконанні оперативного втручання та вичікуванню при атиповій клінічній картині захворювання.

Висновок. Запропонований спосіб доцільно використовувати для діагностики атипових форм виразкової хвороби, ускладненої перфорацією, що дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування за рахунок своєчасного виконання оперативного втручання та уникнути ускладнень післяопераційного періоду.

Література

1. Григорьев П. Я., Исаков В. А. Современные представления об этиологии и патогенезе язвенной болезни // Вестн. РАМН. - 1997. - № 3. - С. 60-64.
2. Рыс Е. С., Звертау Э. Э. Фармакотерапия язвенной болезни. - СПб.: Питер, 1998. - 252 с.
3. Суходоля А.І. Шляхи покращення результатів органозберігаючих операцій при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки: Автореф. дис... докт. мед. наук. - К., 1999. - 26 с.
4. Hadnett R., Gonzales F., Chapman P., Lee W. The need for definitive therapy in the management of perforated gastric ulcers // Ann. Surg. - 1989. - V. 209, № 1. - P. 36-39.
5. Мовчан К. Н. Особенности оперативных вмешательств по поводу не осложненной язвы двенадцатиперстной кишки // Клини. хирургия. - 1992. - № 4. - С. 36-37.
6. Повч О.А. Хірургічна тактика при

виразковій хворобі, ускладненій одночасно перфорацією та кровотечею: Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 1999. – 23 с. 7. Bowden T.A., Hooks V.H., Rogers D.A. Role of Highly Selective Vagotomy and Duodenoplasty in the treatment of Postbulbar Duodenal Obstruction // Am. J. Surg. – 1990. – P. 15-20.

A DIAGNOSTIC MANEUVER OF PERFORATION IN PATIENTS WITH PERFORATED ULCERS OF THE STOMACH AND DUODENUM

V. Yu. Sokolov

Abstract. A diagnostic maneuver for perforated gastric and duodenal ulcers by means of introducing air into the organs followed by a laparoscopic control has been proposed.

Key words: perforated ulcer, stomach, duodenum, diagnostics.

Резюме. Запропоновано спосіб діагностики перфоративних виразок шлунка і дванадцятипалої кишки шляхом введення в органи повітря з наступним лапароскопічним контролем.

Ключові слова: перфоративна виразка, шлунок, дванадцятипала кишка, діагностика.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла 30.04.2002 р.