



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.34-002.44+616.329-007.43

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПЕРФОРАЦІЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА В ГІГАНТСЬКІЙ ГРИЖІ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

**А. М. Бартош, В. В. Арсенюк, О. В. Гринів, Д. С. Васильянов, І. І. Войтенко,
М. І. Смотров**

Кам'янець—Подільська міська лікарня №1, Хмельницька область

OBSERVATION OF PERFORATION OF GASTRIC ULCER IN A GIANT HIATAL HERNIA

**A. M. Bartosh, V. V. Arsenyuk, O. V. Gryniv, D. S. Vasylyanov, I. I. Voytenko,
M. I. Smotrov**

Діафрагмальна грижа становить 2% в структурі всіх видів гриж, а у 5 — 7% хворих гастроентерологічного профілю є причиною "шлункових скарг". Перше місце серед них посідає грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) — у 98% хворих. Якщо у молодому віці ГСОД діагностують не більше ніж в 1 — 2% хворих, у подальшому, внаслідок інволютивного фактору, дисплазії сполучної тканини, її виявляють у 33 — 50% пацієнтів похилого віку.

Досить часто перебіг ГСОД безсимптомний, частіше вона проявляється диспептичним синдромом, іноді виникають тяжкі ускладнення, насамперед, геморагічний синдром, це спричиняє хронічну анемію, утворення хронічної виразки стравоходу чи дислокованого в грижу шлунка, що ускладнюється перфорацією, профузною кровотечею. Наводимо власне спостереження.

Хворий Д., 88 років, доставлений в хірургічне відділення бригадою швидкої допомоги з діагнозом: виразка шлунка, шлункова кровотеча. За словами пацієнта та його родичів, майже 16 год тому раптово виник інтенсивний біль у надчеревній ділянці, невгамовне блювання (до 20 разів) залишками їжі та "кавовою гущиною".

Протягом кількох років у хворого були "шлункові скарги": періодично — біль у надчеревній ділянці, печія, блювання, в тому числі темно—коричневою рідиною, мелена.

Хворого систематично не лікували. У 2012 р. проведена езофагогастродуоденофіброскопія, за даними якої стравохід прохідний, слизова оболонка гіперемована в нижній третині грудної частини, вкрита множинними ерозіями діаметром до 2 мм. Нижній стравохідний сфінктер не змикається. Під час зривування слизова оболонка шлунка пролабує у стравохід. У шлунку міститься помірна кількість застійного вмісту. Слизова оболонка яскраво гіперемована в усіх відділах, вкрита численними ерозіями діаметром 2 — 3 мм. У верхній

третині тіла шлунка по великій кривині хронічна виразка діаметром до 1,5 см, дно глибоке, вкрите фібрином, навколо — запальний вал. Перистальтика активна. Через виражений пілороспазм далі пройти не вдалося.

На момент госпіталізації стан хворого тяжкий. Свідомість ясна. Шкіра бліда, з сірим відтінком. Хворий худорлявий, виснажений. Маса тіла 58 кг. Під час аускультативного дихання в легенях везикулярне з обох боків, ослаблене. Пульс 108 за 1хв. АТ 14,0/9,3 кПа (105/70) мм рт. ст. Тони серця приглушені. Язик сухий, обкладений нашаруванням. Живіт симетричний, не здутий, не бере участі у диханні. При пальпації напружений, різко болісний в усіх відділах. Позитивні симптоми подразнення очеревини в усіх відділах. Перистальтика кишечника не визначається. Гази не відходять.

Випорожнення протягом минулої доби не було. Діурез зменшений.

Проведена оглядова рентгенографія органів грудної та черевної порожнин. Виявлені застійні явища за змішаним типом. Під правим куполом діафрагми значна кількість вільного газу.

Загальний аналіз крові: ер. $5,32 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 180,0 г/л, Нт $0,57$, л $22,1 \times 10^9$ в 1 л, ШЗЕ 2 мм/год, глюкоза 9,6 ммоль/л.

Аналіз сечі: темно—жовта, мутна, відносна щільність 1,036, рН 8,0, білок 0,146 г/л, еритроцити незмінні 60 — 100, лейкоцити 2 — 3, епітелій плоский — поодинокі клітини, епітелій перехідний — 1 — 2, циліндри зернисті — 8 — 10 в полі зору.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок 48,3 г/л, сечовина 10,4 ммоль/л, креатинін 187,0 ммоль/л, загальний білірубін 26,5 мкмоль/л (прямої 5,0, непрямої 21,5 мкмоль/л), натрій 132,7 ммоль/л, калій 4,52 ммоль/л, хлор 100,1 ммоль/л, протромбіновий індекс 80%, фібриноген 2,22 г/л.

Встановлений діагноз: перфорація порожнистого органа (виразка шлунка?), перитоніт.

Через 4 год після госпіталізації, після інфузійної передопераційної підготовки виконана операція — верхня середина лапаротомія. При ревізії в усіх відділах черевної порожнини містилося до 1500 мл темно—бурого вмісту з фібрином. Шлунок збільшений, стінка значно стоншена, атрофічно змінена. Стравохідний отвір діафрагми розширений до 10 см (ГСОД). Проксимальна половина шлунка міститься у плевральній порожнині. Шлунок в межах тіла і дна мобілізований по великій кривині, виведений в черевну порожнину. На задній стінці шлунка, ближче до малої кривини на межі тіла і дна виявлений перфоративний отвір діаметром до 25 мм, краї перфорації без запального чи рубцевого валу, м'які. Зважаючи на тяжкий стан хворого, похилий вік, наявність загального перитоніту, вирішено обмежитись мінімальним обсягом операції. Виконане клиноподібне висічення виразки. На рану шлунка накладений двохрядний шов (вікрил 3/0 та поліамід). Заведений назогастральний зонд. Пластику стравохідного отвору діафрагми не проводили.

Висновок гістологічного дослідження: в препаратах слизова оболонка шлунка з геморагічним просоченням, ділянками некрозу, запальної інфільтрації. В просвіті деяких судин фібринозно—еритроцитарні тромби.

Перебіг післяопераційного періоду тяжкий, виявлені ознаки серцево—судинної, дихальної, ниркової недостатності. Пацієнт виписаний на 15—ту добу після операції.

Аналізуючи клінічне спостереження, слід відзначити, що, можливо, виразка шлунка не була звичайною пептичною виразкою, а ускладненням аксіальної ГСОД, що існувала протягом тривалого часу. Внаслідок постійної і тривалої травматизації стінок шлунка ніжками діафрагми в зоні "шийки" грижового мішка утворилися ерозії слизової оболонки, що спричинило хронічну крововтрату, анемію. Частота ерозивного ураження слизової оболонки шлунка прямо пропорційна розміру грижі, за

великих і гігантських гриж вона досягає 10 — 20%. Такі ушкодження є частою ендоскопічною знахідкою і описані в літературі. У 1986 р. А. Д. Камерон навів результати тривалих досліджень, акцентував увагу, що основною причиною хронічної крововтрати та анемії є ерозивно—виразкове ушкодження слизової оболонки шлунка на рівні діафрагми за наявності великої грижі. Цей феномен названий "ураженням Камерона", що включав як ерозії, так і більш глибокі ушкодження — виразки, що локалізувалися на малій кривині шлунка в кардіальній та субкардіальній зоні.

В минулому столітті, у "до ендоскопічну еру" такі виразки грижі діагностували й описували рідко. Виразку в ділянці воріт грижі на рівні діафрагмального кільця називали "виразкою в сідлі" — грижею Ріхтера (1979); ще раніше рентгенологічно діагностовані виразки шлунка у "грижовому мішку" називали виразками Кея (1926). Це хронічні виразки, що інколи ускладнюються профузною кровотечею, перфорацією і потребують негайного оперативного втручання.

ВИСНОВКИ

1. За наявності ГСОД, особливо у пацієнтів похилого віку, слід мати на увазі можливість ураження Камерона, яке супроводжується хронічною кровотечею з анемізацією, утворенням повноцінних виразок шлунка в зоні грижі.

2. Хворим за наявності клінічних проявів ГСОД показане планове оперативне лікування. Інколи можливий постійний ендоскопічний моніторинг та регулярне консервативне лікування (потрійна ерадикаційна терапія першої лінії з подальшою монотерапією з використанням інгібіторів протонної помпи).

3. За тяжких ускладнень, що потребують невідкладного оперативного втручання, з огляду на вік пацієнта, загальний стан, а також ступінь дислокації шлунка у плевральну порожнину, корекція ГСОД не обов'язкова.

