

В.В. Лєсний^{1*},
В.О. Філоненко²,
А.С. Лєсна¹

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АТИПОВОГО ПЕРЕБІГУ ПЕРФОРАТИВНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ (клінічний випадок)

Харківський національний медичний університет¹
пр. Науки, 4, Харків, 61022, Україна
Обласна лікарня інтенсивного лікування²
вул. Троїцька, 46, Маріуполь, Донецька область, 87500, Україна
Kharkiv National Medical University¹
Nauka aven., 4, Kharkiv, 61022, Ukraine
Mariupol Regional Intensive Care Hospital²
Troitska str., 46, Mariupol, 87500, Ukraine
*e-mail: vv.lesnyi@kntmu.edu.ua

Цитування: Медичні перспективи. 2022. Т. 27, № 2. С. 184-188

Cited: Medicni perspektivi. 2022;27(2):184-188

Ключові слова: атипичний перебіг, ускладнення виразкової хвороби, перфоративна дуоденальна виразка
Ключевые слова: атипичное течение, осложнения язвенной болезни, перфоративная дуоденальная язва
Key words: atypical course, complications of peptic ulcer disease, perforated duodenal ulcer

Реферат. Особенности диагностики атипичного течения перфоративной дуоденальной язвы (клинический случай). Лєсний В.В., Філоненко В.А., Лєсна А.С. Цель – продемонстрировать на примере клинического случая атипичное течение осложнения язвенной болезни и возможности своевременной ургентной диагностики. Материалы и методы – приведенный клинический случай атипичного течения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Описанный случай демонстрирует трудности диагностики при дефиците времени, сомнительной клинической картине, неоднозначных рентгенологических данных, что требует более тщательного клинического анализа ургентной бригадой имеющейся информации. Для своевременной диагностики хирургических осложнений язвенной болезни необходимо использовать современные методы визуализации.

Abstract. Peculiarities of diagnostics of atypical course of perforated duodenal ulcer (clinical case). Liesnyi V.V., Filonenko V.O., Liesna A.S. Aim – to describe a clinical case of atypical course of complications of peptic ulcer disease and the possibility of timely urgent diagnosis. Materials and methods – a clinical case of atypical course of a perforated duodenal ulcer. The clinical case described demonstrates the difficulties of diagnosis in case of lack of time, a dubious clinical picture, ambiguous X-ray data, which requires a more thorough clinical analysis of the available information by urgent brigade of surgeons. For the timely diagnosis of surgical complications of peptic ulcer disease, it is necessary to use modern imaging methods.

Незважаючи на вдосконалення противиразкової терапії (Maastricht V/Florence Consensus Report), поширеність скринінгових профілактичних методів обстеження (фіброгастродуоденоскопія, капсульна ендоскопія, уреазний дихальний тест), оптимізацію лапароскопічних методів лікування хронічної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК), статистика гострих ускладнень виразкової хвороби не має тенденції до зниження [1].

Глобальні епідеміологічні показники виразкової хвороби залежать від багатьох факторів: некон-

трольоване тривале використання аспіріну; кларитроміцин-резистентні штами *Helicobacter pylori*; рефрактерна терапія до блокаторів протонної помпи; розташовані в діапазоні від 5 до 10%, досягаючи 15% (США, 500 тис. нових випадків, 2018), 24,6% (Японія, 2017) та лише 5,3% (Іран, 2017) [2, 3].

В Україні статистика виразкової хвороби шлунка та ДПК на рівні 13,3% (частіше зустрічається хронічна виразка ДПК, у чоловіків, частіше у віці старше 50 років).

Незважаючи на розробку нових рекомендацій (Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guide-

lines, 2020), діагностичних прийомів (проба Хеннелта, фурацилінова ультразвукова проба), ургентні хірурги стикаються з атиповими формами ускладнень виразкової хвороби (поєднання кровотечі з пенетрацією; перфорація задньої стінки ДПК, шлунка; перфорація високих виразок кардіального, субкардіального відділів), що вимагає від ургентної хірургічної бригади високого професіоналізму в діагностиці та хірургічному лікуванні цієї патології [4, 5].

Мета – продемонструвати на прикладі клінічного випадку атиповий перебіг ускладнення виразкової хвороби та можливості своєчасної ургентної діагностики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Наведений клінічний випадок атипового перебігу перфоративної дуоденальної виразки.

Дослідження схвалено комісією з етики та біоетики медичного факультету Харківського національного медичного університету та проведено відповідно до принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» та «Загальній декларації про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)»

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнт 57 років, госпіталізований 19.05.21 в ургентному порядку зі скаргами на інтенсивний біль в епігастрії, що іррадіює в спину; нудоту, багаторазове блювання, субфебрильну температуру тіла, загальну слабкість.

Вважає себе хворим протягом 7 днів, коли на фоні печії, гіркоти в роті, нудоти з'явився біль у верхніх відділах живота. За медичною допомогою не звертався, займався самолікуванням («Омес», «Ранітидин», «Спазмалгон»). 19.05.21 близько 13-00 біль різко посилювався, було блювання напередодні з'їденою їжею. Самостійно прийняв 2 таблетки «Спазмалгон», у зв'язку з неефективністю самолікування тільки о 17-00 викликав бригаду швидкої медичної допомоги, яка з підозрою на клініку гострого панкреатиту, загострення виразкової хвороби доставила пацієнта в ургентний хірургічний стаціонар.

Особливості анамнезу життя: гострі інфекційні захворювання, оперативні втручання заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Знаходиться на диспансерному спостереженні в терапевта з 1993 року з приводу виразкової хвороби ДПК.

При об'єктивному огляді: загальний стан середнього ступеня тяжкості, зумовлений болювим і диспептичним синдромом; в свідомості; положення активне; шкірні покриви блідо-рожеві, чисті, підшкірна жирова клітковина виражена

слабо, набряків немає. Кістково-м'язова система без патології.

Дихання через ніс, вільне. Грудна клітка симетрична, рівномірно бере участь в акті дихання. При пальпації локальної болючості не виявлено. Перкуторно – легеневиий звук, аускультативно над легенями – жорстке дихання. ЧД – 20 за хвилину.

Серцева діяльність ритмічна, тони приглушені. АТ – 130/80 мм рт. ст., пульс – 98 за хвилину.

Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт нездутий, щадить в акті дихання, при пальпації болючий в епігастральній ділянці, де відзначається локальне захисне напруження м'язів, на інших ділянках живота – м'який, патологічні об'єми утворення не визначаються. Перитонеальні симптоми негативні. Симптом Керте позитивний. При перкусії – печінкова тупість не визначається, притуплення перкуторного звуку по бічних фланках немає. Аускультативно: ослаблена перистальтика. Випорожнення було 19.05.21, оформлене, жовтого забарвлення. Ректальне дослідження: тонус анального сфінктера підвищений, нависання передньої стінки прямої кишки, патологічних об'ємних утворень не виявлено.

Ділянка попереку без видимої патології. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне. Діурез знижений.

З підозрою на клініку гострого панкреатиту, прикрити перфоративну виразку ДПК пацієнт був госпіталізований у хірургічне відділення, з метою диференціальної діагностики проведена оглядова рентгенографія органів черевної порожнини у вертикальному положенні (рис. 1), оглядова рентгенографія органів грудної клітки (рис. 2).



Рис. 1. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини. Симптом Челаїдіті

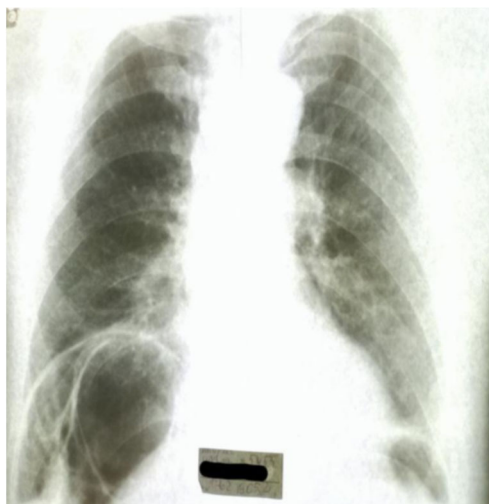


Рис. 2. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки. Високе стояння правого купола діафрагми

У зв'язку з неможливістю верифікації «вільного газу» під правим куполом діафрагми (симптом Жобера) у вертикальному положенні, проведена рентгенографія в бічній проекції (рис. 3).

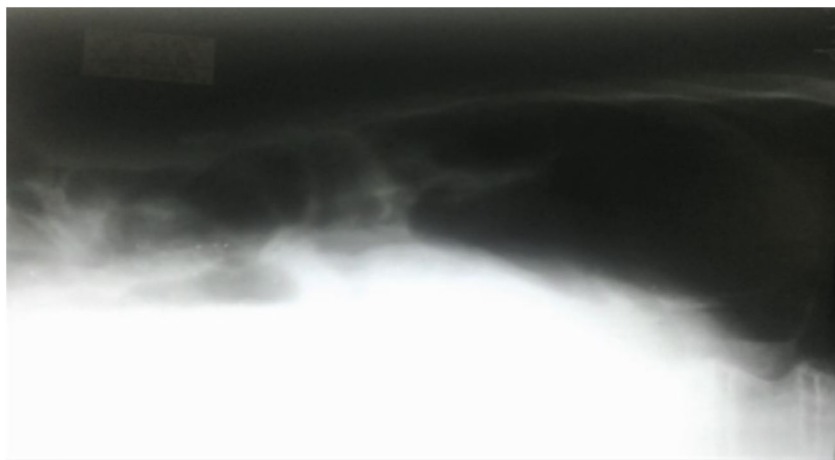


Рис. 3. Рентгенографія органів черевної порожнини в бічній проекції

З протоколу оперативного втручання. В асептичних умовах під внутрішньовенною полікомпонентною анестезією зі штучною вентиляцією легень проведена верхньо-середина лапаротомія. У черевній порожнині випоту немає. У підпечінковому просторі виявлено інфільтрат, в який залучені ліва частка печінки, шлунок, великий сальник, поперечно-ободова кишка. При роз'єднанні інфільтрату тупим і гострим шляхом виділилося до 50 мл серозно-фібринозного ексудату з домішками жовчі. При подальшій ревізії виявлено гепатомегалія (печінка на +5 см нижче реберної дуги, поверхня гладка), гастроектазія (за

Від проведення ургентної фіброгастро-дуоденоскопії пацієнт категорично відмовився.

У клінічному аналізі крові: гемоглобін – 121 г/л; еритроцити – 4,1 Т/л; гематокрит – 0,4; лейкоцити – 17 Г/л (паличкоядерні 8%; сегментоядерні нейтрофіли – 78%); швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 22 мм/г; тромбоцити – 220 Г/л.

У біохімічному аналізі крові: загальний білок – 62 г/л; загальний білірубін – 18 мкмоль/л; амілаза – 45 Од/л (референтний показник до 90 Од/л); сечовина – 10 ммоль/л; креатинін – 135 мкмоль/л.

Паралельно з дообстеженням пацієнтові проведена інфузійна терапія (розчин Рінгера, Стерофундин) до 1000 мл, введені препарати спазмолітиків, блокаторів протонної помпи, але локальний больовий синдром зберігався, підвищилася температура тіла до 37,5°C, пульс – 112 за хвилину, у зв'язку з чим хворому було запропоноване оперативне втручання з причини прикритої перфоративної виразки.

рахунок нижньої межі шлунка, яка зміщена нижче пупкового кільця), на передній поверхні верхньої горизонтальної гілки ДПК перфоративний отвір до 0,5 см у діаметрі. Перфоративний отвір розташований у ділянці стенозу (діаметр пілородуоденального каналу сягає 5 мм).

Петлі тонкої кишки спалися, з перистальтикою. Патології з боку інших внутрішніх органів не виявлено.

З огляду на тяжкість пацієнта проведено висічення виразкового інфільтрату з перфорацією, пілородуоденопластика за Гейнеке-Микуличем дворядним швом, за лінію швів заведений

назогастральний зонд Fr 24. Черевна порожнина санована, дренована через контрапертуру в правому підребер'ї. Лапаротомна рана пошарово ушита. Асептична пов'язка.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, пацієнт був виписаний зі стаціонару на 8 добу.

Представлений клінічний випадок демонструє труднощі діагностики ускладнень виразкової хвороби ДПК. Відсутність класичної тріади Мондора (кинджальний біль в епігастрії, напруга м'язів, виразковий анамнез), характерної для типової перфорації; сумнівна клінічна картина, а саме: тривалий анамнез хвороби з посиленням болю в день госпіталізації; блювання, що повторювалося; скидання по назогастральному зонду до 200 мл застійного шлункового вмісту – нехарактерні ознаки для типової перфоративної виразки; мінімальність об'єктивних даних (лише больовий синдром в епігастрії і локальне напруження м'язів, симптом Ратнера-Віккера).

Неможливість провести ультразвукове дослідження органів черевної порожнини в ургентному порядку, категорична відмова від ургентної фіброгастроуденоскопії перевели акцент на рентгенологічний метод діагностики.

Але при оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини у вертикальному положенні зону правого діафрагмального купола перекривав фіксований печінковий кут поперечно-ободової кишки (рентгенологічний симптом Челаїдіті), і в латеропозиції через дилатацію висхідної ободової кишки чітко верифікувати вільний газ було неможливо. Рентгенологічна картина могла пояснити причину відсутності печінкової тупості через інтерпозицію товстої кишки, що могло ще більше затягнути диференційний пошук.

Але відсутність біохімічних маркерів запалення підшлункової залози, локальне напруження м'язів, на тлі тахікардії, гіперлейкоцитозу, субфебрильної температури тіла вказували на атипичну (або прикриту) перфоративну виразку. Тільки під час оперативного втручання було остаточно діагностовано поєднане ускладнення виразкової хвороби, а саме: прикрита перфорація хронічної виразки ДПК з субкомпенсованим пілородуоденальним стенозом, місцевий відмежований серозно-фібринозний перитоніт.

Сучасна тактика лікування виразкової хвороби вказує, що при неефективності консервативної терапії (потрійної терапії; модифікації способу життя, харчування) протягом 8-12 тижнів і збереженні виразкового дефекту більше 5 мм показана консультація хірурга.

Сучасний арсенал хірургічного лікування заснований на застосуванні мініінвазивних методів (рентгенендоваскулярної емболізації виразкової кровотечі, стентування субкомпенсованого пілородуоденального виразкового стенозу, лапароскопічне ушивання виразкового дефекту при термінах перфорації до 6 годин, у гемодинамічно-стабільних пацієнтів, при індексі *Boey Score* <2), що сприяє швидкому відновленню і прискореній реабілітації пацієнтів.

Отже, щоб зменшити ризики пізньої діагностики ускладнень при тривалому перебігу виразкової хвороби, необхідно використовувати мультидисциплінарний підхід, сучасні методи візуалізації, а також покращувати комплаєнс з пацієнтом.

ВИСНОВКИ

1. Статистика хірургічних ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки не має тенденції до зниження.

2. Серед хірургічних ускладнень найбільш часто зустрічаються поєднання кровотечі й пенетрації, перфорації та стенозу, що вимагає від хірургів поглиблених знань про клінічні особливості цієї патології.

3. Для своєчасної діагностики хірургічних ускладнень виразкової хвороби необхідно використовувати методи візуалізації (рентгенологічна діагностика з водорозчинним контрастом, фіброгастроуденоскопія, комп'ютерна томографія).

Внески авторів:

Лесний В.В. – концептуалізація, курація даних, ведення;

Філоненко В.О. – написання – рецензування та редагування;

Лесна А.С. – написання – початковий проєкт.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011;84(2):102-13. doi: <https://doi.org/10.1159/000323958>

2. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. *World journal of gastrointestinal surgery*. 2017;9(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v9.i1.1>

3. Wong CW, Chung PH, Tam PK, Wong KK. Laparoscopic versus open operation for perforated peptic ulcer

in pediatric patients: A 10-year experience. Journal of pediatric surgery. 2015;50(12):2038-40.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.08.025>

4. Sereide K, Thorsen K, Sereide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. The British journal of surgery. 2014;101(1):e51-e64. doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.9368>

5. Mouly C, Chati R, Scotté M, Regimbeau JM. Therapeutic management of perforated gastro-duodenal ulcer: literature review. Journal of visceral surgery. 2013;150(5):333-40.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.07.001>

Стаття надійшла до редакції
03.07.2021

