

УДК (616.33+616.342)

В.І. Мамчич, О.В. Грузинський

ГІГАНТСЬКА ВИРАЗКА ШЛУНКА – ПАТОЛОГІЯ, ЯКА ЗАСЛУГОВУЄ ОСОБЛИВОЇ УВАГИ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика, Київ

Обстежено 93 хворих гігантською виразкою шлунка, виразковий дефект в шлунку мав розміри 3 см і більше, в дванадцятипалій кишці – 2 см і більше. Серед хворих гігантською виразкою шлунка переважали чоловіки (77,4%). Найчастіше зустрічається І тип хронічних шлункових виразок – 65,6%, ІІ тип – 9,6% і ІІІ тип – 24,7%. У хворих з гігантською виразкою шлунка на перший план виступає симптомокомплекс який включає інтенсивний больовий синдром, резистентний до медикаментозного лікування у 82,8%, та симптом втрати ваги, що мав місце у 70% хворих. Найбільш частим ускладненням було пенетрація виразки – у 72,1% хворих. Виразка пенетрувала в підшлункову залозу і малий сальник – у 57%.

Ключові слова: гігантська виразка шлунка, пенетрація, виразковий анамнез, ускладнення гігантської виразки

Проблема захворюваності на виразкову хворобу гастродуоденального відділу шлункового тракту є однією з найбільш актуальних у медицині. Дана патологія є однією з найбільш поширених захворювань органів травлення, до 90% вражає працездатний вік, нерідко призводить до стійкої втрати працездатності та інвалідності [3, 5]. Ряд авторів виразкові ураження слизової оболонки, розміри яких становлять від 2,0 см і більше при локалізації у дванадцятипалій кишці, та від 3,0 см і більше – у шлунку, виділили в окрему групу – «Гігантські виразки» (ГВ) [2, 4, 6] що також було відзначено в класифікації виразкової хвороби, яка була представлена в матеріалах конгресу «2-го Російського гастроентерологічного тижня», 1996 р., м. Москва. ГВ від загальної кількості виразкової хвороби склали від 8,4% до 19,1% [1, 2, 7]. ГВ не можна ототожнювати із звичайною виразковою хворобою вона має особливості перебігу, потребує інших підходів до лікування.

Мета роботи – вивчити клінічні прояви та структуру ускладнень гігантської виразки шлунка.

Матеріал та методи

Дане дослідження ґрунтується на вивченні клінічних проявів та структури ускладнень гігантської виразки шлунка у 93 хворих. Які прооперовані та спостерігались в Київській обласній клінічній лікарні та Білоцерківській ЦРЛ протягом 2006-2010 рр. Умовою відбору було наявність виразкового дефекту в шлунку розмірами 3 см і більше, в ДПК – 2 см і більше.

У дослідженні ми користувались класифікацією хронічних шлункових виразок за Джонсоном.

Результати та обговорення

Серед хворих гігантською виразкою шлунка переважали чоловіки (77,4 %) (див. рис.). Якщо в молодому і зрілому віці співвідношення чоловіків і жінок складало в середньому 7:1, то після 50 років і старше – 2,5:1; а в похилому і старечому віці це співвідношення складало 1,5:1.

Найчастіше зустрічається І тип хронічних шлункових виразок – 65,6%, ІІ тип – 9,6 % і ІІІ тип – 24,7 % (табл. 1).

Найчастіше гігантська виразка шлунка зустрічається у нижній третині, середній і у препілоричному відділі шлунка (табл. 2).

Виразковий анамнез до одного року у хворих з ГВШ був відсутній; від 1 до 5 років – 24 (25,5%), від 6 до 10 років – 61 (65,6%); понад

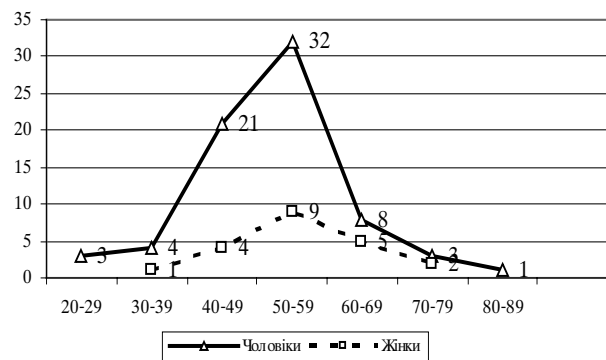


Рис. Розподіл хворих ГВШ за віком і статтю

Таблиця 1.

Розподіл хворих згідно з класифікацією Джонсона за статтю

Тип виразки	Чоловіки		Жінки		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I тип	51	54,8	10	10,75	61	65,6
II тип	6	6,4	3	3,2	9	9,6
III тип	15	16	8	8,7	23	24,7
Всього	72	77,4	21	22,6	93	100

Таблиця 2.

Розподіл хворих за локалізацією виразкового дефекту в слизовій оболонці шлунка

Локалізація виразки	Кількість хворих	%
ДПК і шлунок	9	9,7
Нижня третина шлунка	35	37,6
Середня третина шлунка	17	18,3
Верхня третина шлунка	8	8,6
Субкардіальний відділ шлунка	1	1
Препілорична виразка шлунка	23	24,7
Всього	93	100

10 років – 6 (6,5%); у 2 (2,2%) пацієнтів з ГВШ анамнез хвороби був відсутній – «німі» виразки. У хворих з ГВШ на перший план виступає інтенсивний больовий синдром, резистентний до медикаментозного лікування. У 77 (82,8%) хворих біль був настільки інтенсивним, що часто змушував їх приймати вимушене положення, не полегшувався після приступу блювоти, навіть якщо хворі викликали її самі, не мав характерної сезонності, циклічності і не був чітко пов'язаний з вживанням їжі (тріада Троїцького) – «синдром гігантських виразок» 18 (19,4%) хворих відзначали раптове зменшення больового синдрому (симптом Бергмана), проте, на перший план, у них виступала блювота «кавовою гущею» та згустками свіжої крові, що характерно для шлунково-кишкової кровотечі. Характер болю залежав від локалізації ушкодження, від топографічного розташування органу, який був втягнутий у даний процес, а також від розвитку передперфоративного стану. Так при локалізації ГВШ в верхній третині шлунка 8 (8,6%) у

хворих були скарги на виражений біль за грудиною, причому у 2 (2,2%) був прийнятий за status anginosus. У 12 (13%) випадках, при медіогастральних виразках, біль локалізувався в епігастрії. У 23 (24,7%) хворих, при локалізації процесу в пілороантральному відділі, біль локалізувався у правому підребер'ї. У 68 (73,1%) пацієнти відмічали зниження апетиту. Також для даної групи хворих характерні такі симптоми: неприємний присмак в ротовій порожнині 41 (44%), відрижка повітрям та «тухлим» 49 (52,7%) випадки. На печію вказували 13 (14%) на невідрегульованість випорожнень 3 (3,23%) хворих. Особливо характерним для даної патології симптом втрати ваги, що мав місце у 65 (70%) хворих, із них на 10% у 23 (35,4%), на 20% – у 38 (58,5%), на 30% – у 4 (6%) випадках.

Результати таблиці 3 свідчать про те, що виразковоподібний больовий варіант гігантської виразки шлунка спостерігався в 44,1% випадків. Болі супроводжувалися печією, блюванням.

Можна відзначити, що для хворих з ГВШ характерний симптомокомплекс, який включає інтенсивний біль, що не піддається терапевтичній корекції, прогресуючу втрату ваги.

Змішаний варіант перебігу хвороби (больовий і кровотеча) виявлено в 38,75% випадків.

Геморагічний синдром у 13% хворих був першим проявом гігантської виразки шлунка. Він зустрічався у хворих похилого віку на фоні гіпертонічної хвороби і загального атеросклерозу.

У 1% випадків хронічна гігантська виразка шлунка перебігала без ознак і клінічних симптомів пошкодження гастродуоденальної зони. Ускладнення ГВШ ми відзначили у 100% хворих. Це свідчить про те, що майже в усіх хворих ГВШ перебігала важко, призводила до серйозних ускладнень. Найбільш частим

ускладненням була пенетрація виразки – у 72,1% хворих. У більшості хворих виразка пенетрувала в підшлункову залозу і малий сальник – у 57, у 3 хворих – у печінку, і у 7 – у брижу товстої кишки.

Гігантська виразка шлунка ускладнилась кровотечею у 35,6% хворих. У більшості хворих кровотечею ускладнювались виразки середньої третини тіла і кута шлунка. Це були хронічні кальозні виразки достатньо великих розмірів з тривалим анамнезом. 2,8% хворих раніше перенесли ушивання перфоративної виразки шлунка. Потрібно відзначити, що виразки шлунка I типу рідко призводили до розвитку стенозу воротаря, проте частіше кровоточать (табл. 4).

Гігантські виразки шлунка III типу частіше супроводжуються пілоростенозом, їхня клі-

Таблиця 3.
Частота виявлення клінічних синдромів при виразковій хворобі шлунка різних типів за Джонсоном

Клінічний синдром	I тип		II тип		III тип		Всього	
	абс.	%	абс.	%	Абс.	%	абс.	%
Виразкоподібний або больовий	31	33,3	4	4,3	6	6,5	41	41,1
Змішаний (виразкоподібний і геморагічний)	20	21,5	6	6,5	10	10,75	36	38,75
Геморагічний	6	6,5	4	4,3	2	2,2	12	13
Диспептичний	1	1,08	1	1,08	1	1,08	3	3,23
Латентний	1	1,08	–	–	–	–	1	1,08
Всього	59	63,44	15	16,13	19	20,43	93	100

Таблиця 4.
Дані про характер і частоту виникнення ускладнень гігантської виразки шлунка у жінок і чоловіків

Характер ускладнень	Чоловіки		Жінки		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пенетрація	36	38,7	9	9,7	45	48,4
Кровотеча	13	14	5	5,4	18	19,4
Перфорація виразки шлунка	5	5,4	1	1,1	6	6,5
<i>Поєднані ускладнення</i>						
пенетрація+кровотеча	10	10,8	3	3,23	13	14
пенетрація+стеноз	7	7,5	2	2,2	9	9,7
пенетрація+стеноз+кровотеча	1	1,1	1	1,1	2	2,2

нічна картина нагадує виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.

Близько 36,6% виразок I типу ускладнюються пенетрацією, 6,5% – кровотечею, 2,1% – перфорацією, а поєднані ускладнення: пенетрація, кровотеча стеноз – 18,3%.

При II типі шлункових виразок вже 3,23% становить пенетрація, 2,2% – кровотеча, перфорація – 1,1%, пенетрація і кровотеча – 3,23%, пенетрація + стеноз – 4,3%.

При III типі шлункових виразок виявлено: пенетрацію у 4,3%, кровотечу у 3,23%, перфорацію у 1,1% пенетрацію + стеноз у 4,3%, пенетрацію + кровотечу у 3,23%, пенетрацію + стеноз + кровотечу у 4,3% хворих.

З к л ю ч е н н я

1. Найчастіше зустрічається I тип, за класифікацією Джонсона, гігантських шлункових виразок – 65,6%.

2. У хворих з ГВШ на перший план виступає симптомокомплекс який включає інтенсивний больовий синдром, резистентний до медикаментозного лікування у 82,8%, та симптом втрати ваги, що мав місце у 70% хворих.

3. Практично усі ГВШ були ускладненими у нашому дослідженні цей показник складав 100%.

4. Найбільш частим ускладненням було пенетрація виразки – у 72,1% хворих. Виразка пенетрувала в підшлункову залозу і малий сальник – у 57%.

ГИГАНТСКАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА – ПАТОЛОГИЯ КОТОРАЯ ЗАСЛУЖИВАЕТ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

В.И. Мамчич, А.В. Грузинский

Обследовано 93 больных гигантской язвой желудка, язвенный дефект в желудке достигал 3 см и больше в двенадцатиперстной кишке 2 см и больше. Среди больных гигантской язвой желудка преимущественно были мужчины – 77,4%. Чаще встреча-

ется I тип хронической язвы желудка – 65,6%, II тип – 9,6% и III тип – 24,7%. У больных гигантской язвой желудка на первый план выступает симптомокомплекс включающий в себя интенсивный болевой синдром, резистентный к медикаментозному лечению в 82,8%, и симптом потери веса, который имел место у 70% больных. Наиболее частым осложнением была пенетрация язвы – у 72,1% больных. Язва пенетрировала в поджелудочную железу и малый сальник – у 57%.

Ключевые слова: гигантская язва желудка, пенетрация, язвенный танамнез, осложнения гигантской язвы

GIANT GASTRIC ULCER – PATHOLOGY THAT DESERVES SPECIAL ATTENTION

V.I. Mamchych, O.V. Gruzynskiy

We examined 93 patients with giant gastric ulcer: ulcer defect in the stomach was the size of 3 cm or more and 2 cm or more – in duodenum. Males prevailed among patients with giant gastric ulcer (77,4%). The most common type of chronic gastric ulcers is type I – 65,6%, type II – 9,6% and type III – 24,7%. Among patients with giant gastric ulcer common symptoms including intensive pain syndrome, resistant to medical treatment in 82,8%, and the symptom of weight loss that occurred in 70% of patients come to forefront. The most frequent complication was ulcer penetration – in 72,1% of patients. Ulcer penetrated in the pancreas and lesser omentum – in 57%.

Keywords: giant gastric ulcer, penetration, ulcerative tanamnesis, complications of giant gastric ulcer

ЛІТЕРАТУРА

- Графов А.К. Хирургическое лечение гигантской язвы двенадцатиперстной кишки / А.К. Графов, И.Е. Курочка // Клінічна хірургія. – 1996. – № 8. – С. 8-10.
- Грубник В.В. Хирургическое лечение больных с гигантской язвой желудка / В.В. Грубник, А.И. Зайчук, Ю.В. Грубник // Клінічна хірургія. – 1992. – № 8. – С. 6-9.
- Дехтярева И.И. Язвенная болезнь. / И.И. Дехтярева, Н.В. Харченко. – К.: «Здоровья», 1995. – 308 с.
- Диагностика и хирургическое лечение гигантских язв двенадцатиперстной кишки / Н.О. Николаев, Е.М. Бачинский, А.И. Старцев и др. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 1989. – № 2. – С. 74-77.
- Передерий В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? / В.Г. Передерий. – К.: 1997. – 158 с.
- Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта. / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко – К.: Здоровья, 1987. – 435 с.
- Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов – М: Медицина, 1996. – С. 256.

Стаття надійшла 11.03.2011