

УДК 616.33-002.45+616.342-002.44]-072.1

С.В. Глушак, Е.С. Кочергина

ТАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Владивостокский филиал научного центра
реконструктивной и восстановительной хирургии
ВСНЦ СО РАМН,
Владивостокский государственный медицинский
университет

*Ключевые слова: фиброгастродуоденоскопия,
перфоративная язва, лапароскопия.*

Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в некоторых случаях могут представлять значительные трудности для диагностики [1, 5, 7, 10].

Целью настоящей работы послужило определение роли и удельного веса фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

За 1993-2001 гг. в Приморской краевой клинической больнице № 1 прооперированы 130 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (мужчин - 114, женщин - 14). Возраст больных - от 16 до 83 лет. Большинство составляли мужчины 31-50 лет (41,6%), что совпадает данными литературы [4, 9].

Диагностика возможной перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки начиналась с клиническо-лабораторного обследования, после чего выполнялись обзорная рентгенография органов брюшной полости, ФГДС, лапароскопия.

Возникновение боли в животе расценивалось как симптом перфорации. До 6 часов с этого момента в стационар поступили 97 больных (74,6%), позже 6 часов - 33 больных (25,4%). Причинами поздней госпитализации были позднее обращение больных за медицинской помощью (из-за самолечения), неправильный направительный диагноз. Самостоятельно в приемное отделение обратились 43 человека, с бригадой скорой медицинской помощи прибыли 83 пациента, по санитарной авиации доставлены 4 больных.

В большинстве наблюдений ведущей жалобой была внезапная сильная и постоянная боль вверху живота, сравнимая с ожогом кипятком или ударом кинжала. Появление вышеописанной боли сразу по всему животу отмечали 11 больных (8,5%). У 17 человек (13,1%) постоянная боль имела умеренный или сильный характер, но развивалась постепенно. В 1 случае умеренная нарастающая боль локализовалась в правой подвздошной области. Опоясывающие боли беспокоили 2 больных. У 1 пациента постепенно нарастающая боль была схваткообразной.

Тошнота отмечена в 44 наблюдениях. Однократная рвота остатками пищи была у 23 человек, у 1 больного появилась рвота содержимым цвета кофейной гущи. У 37 пациентов боли возникли после физической нагрузки, у 32 - после приема пищи, у 51 - после приема пищи и физической нагрузки. У 8 больных боли появились в покое (у 2 из них ночью во время сна). Сильное психо-эмоциональное напряжение, предшествующее появлению боли, отмечали 39 человек. Предперфоративный период прослежен у 37 больных (28,5%) - в течение предшествующих 3-7 дней они отмечали изменение интенсивности и длительности болей.

Отсутствие в прошлом какого-либо дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта прослежено у 16 больных (12,3%) - мужчин в возрасте от 16 до 37 лет. Перфорация у них оказалась первым проявлением язвенной болезни (прободение так называемой «немой язвы»). Молодой возраст пациентов и мужской пол характерны для этого варианта перфорации [5, 7, 9].

Болезненность и напряжение передней брюшной стенки при пальпации были выявлены у всех пациентов, 93,1 % из которых расценили ее как сильную и выраженную (лишь 9 человек отмечали умеренную выраженность симптоматики). Явные признаки раздражения брюшины выявлены у 92 больных (70,8%), в 37 случаях (29,2%) симптомы раздражения брюшины были сомнительными.

У 14 человек с четкой анамнестической картиной прободения язвы и ярко выраженной клиникой перитонита 14 больных сразу были оперированы и диагноз перфорации язвы подтвержден.

С остальными 116 пациентами (89,2% наблюдений) в приемном отделении сделана обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 76 больных было обнаружено скопление газа под куполом диафрагмы, у 40 - газ не выявлялся. Согласно данным ряда исследователей, при обзорной рентгенографии органов брюшной полости газ под куполом диафрагмы или под печенью обнаруживается в 40-85% случаев [2, 5, 7]. Причинами отсутствия газа могут быть небольшие размеры перфоративного отверстия, язвы пилорического отдела, дна и задней стенки желудка, забрюшинной части двенадцатиперстной кишки, прикрытая перфорация и др.

Диагностика перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью ФГДС проведена в 72 случаях (55,4%). Эндоскопический осмотр проводился в условиях стационара, при наличии дежурной операционной бригады. При подтверждении перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки операция производилась непосредственно после ФГДС.

Основными эндоскопическими признаками перфорации являлись резкое усиление болей в момент инсуффляции воздуха, плохое расправление полости желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие острых воспалительных явлений в области краев язвы, отсутствие дна язвы (то есть наличие перфоративного отверстия). Появление пневмоперитонеума после

ФГДС при повторной обзорной рентгенографии органов брюшной полости служило абсолютным признаком перфорации, так как обнаружить перфоративное отверстие при ФГДС удавалось не всегда.

ФГДС позволила диагностировать прободную язву в 34 наблюдениях (47,2%), сочетание перфорации язвы и кровотечения - в 5 (6,9%), перфорацию опухоли желудка - в 2 наблюдениях (2,8%). У 21 пациента (31,2%) из-за отека, деформации стенки органа, большой глубины дефекта исключить перфорацию язвы не удалось. В 31 случае (43,1%) при ФГДС из-за отека, деформации привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки обнаружить перфоративное отверстие не представилось возможным. Кроме этого, при обзорной рентгенографии газа под куполом диафрагмы до ФГДС обнаружено не было. Этим больным после ФГДС была выполнена повторная обзорная рентгенография органов брюшной полости - газ под куполом диафрагмы был найден в 26 случаях, диагноз перфоративной язвы подтвержден в операционной.

У этих больных при ФГДС воздух через не визуализируемые за счет отека и деформации стенки органа, а также глубины перфоративного отверстия поступал в свободную брюшную полость и обнаруживался при обзорной рентгенографии, что может служить достоверным признаком перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

У остальных 5 человек газа в брюшной полости и при повторной рентгенографии органов брюшной полости после ФГДС обнаружено не было. В 2 случаях выполнена диагностическая лапароскопия и диагностирован перитонит, причиной которого была прикрытая большим сальником перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. Для уточнения диагноза 3 человека находились под динамическим наблюдением, им лапароскопия не проводилась. При наблюдении в течение 2 часов отмечено нарастание симптомов перитонита, и они были оперированы. Найдены перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки по задней стенке.

При ФГДС в 10 случаях было выявлено наличие двух язв. У 8 пациентов обе язвы располагались в луковице двенадцатиперстной кишки, у 2 пациентов одна язва была в желудке, другая в луковице двенадцатиперстной кишки.

Известное сочетание двух urgentных осложнений язвенной болезни - перфорации и кровотечения [6, 7] найдено у 7 пациентов. В 6 случаях и перфорацией, и кровотечением осложнилась единственная язва.

Наличие двух язв желудка и двенадцатиперстной кишки и одновременное их прободение является редким осложнением язвенной болезни [3, 8]. На собственном материале у 3 человек выявлена одновременная перфорация двух «целующихся язв» пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая диагностика была проведена 1 больному, диагностированы прободные

«целующиеся язвы» луковицы двенадцатиперстной кишки.

В 4 случаях, когда ФГДС не проводилась, найдено несовпадение предоперационного и операционного диагнозов. По результатам обследования были выставлены заключения «острый панкреатит», «спаечная кишечная непроходимость», «язва желудка, осложненная кровотечением и пенетрацией», «острый аппендицит». Интраоперационно были установлены диагнозы перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

В 4 наблюдениях (3,1%) без проведения ФГДС и с предоперационным диагнозом «прободение язвы» (желудка или двенадцатиперстной кишки) интраоперационно диагностированы пенетрация язвы в поджелудочную железу (1), рак желудка с перфорацией опухоли (2), перфорация поперечной ободочной кишки (1).

Таким образом, ФГДС может быть ведущим методом в диагностике перфоративных язв, а также использоваться в качестве вспомогательной процедуры, позволяющей при повторной обзорной рентгенографии брюшной полости выявить воздух, поступивший в брюшинную полость через перфоративное отверстие, во время инсуффляции. Определение наличия двух язв у одного больного возможно только при ФГДС, поэтому данное исследование обязательно при подозрении на перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика перфорации при онкологическом поражении желудка возможна только при ФГДС.

При ФГДС диагностируются два осложнения язвенной болезни - перфорация и кровотечение - и появляется возможность оценить массивность кровотечения, установить его источник и в ряде случаев провести эндоскопическое лечение. Кроме этого, ФГДС позволяет выявить сопутствующую патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Использование лапароскопии для диагностики перфорации позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз, провести дифференциальную диагностику с другой экстренной хирургической патологией, установить наличие воспаления, объем и характер перитонеального выпота.

Литература

1. Бачев И.И.// *Хирургия*. 1991. - №9. - С. 134-137.
2. Датхаев Ю.И. *Лекции по абдоминальной неотложной хирургии*. - Душанбе: Маориф, 1987.
3. Корнеев А.И.// *Хирургия*. - 1959. - № 12. - С. 88-89.
4. Кriuлин Г.В., Точиллов А.А., Левин В.И., Масленников Е.Б.// *Вестник хирургии*. 1990. - №11. - С. 48-49.
5. Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д., Шипилов В.А., Вензик В.А.// *Вестник хирургии*. - № 10. - 1989. - С. 17-20.

6. Муравьева Л.А., Волков Е.Ю.// *Вестник хирургии*. 1989. - № 7. - С. 58-59.
7. Неймарк И.И. *Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки*. — М.: Медицина, 1972.
8. Пушкарский В.М.// *Хирургия*. - 1984. - № 12. - С. 122-123.
9. Сацукевич В.Н.// *Вестник хирургии*. - 1987. - № 2. - С. 34-39.
10. Шиленок В.П., Зельдин Э.Я., Приступа Ю.В.// *Хирургия*. - 1999. - М2, С. 11-13.

THE POLICY OF MODERN DIAGNOSTICS
OF PERFORATED STOMACH AND DUODENAL ULCER
S.V. Glushak, E.S. Kochergina
*Vladivostok Branch of Reconstructive and Anaplastic
Surgery Scientific Center VSNS SO RAMS,*

Vladivostok State Medical University

Summary- According to the material of 130 observations the doctors studied diagnostic value of endoscopic methods of examination of patients with perforated stomach and duodenal ulcer. As noted, fibrogastroduodenoscopy is an effective method of diagnostics of perforated ulcers whereas in case of lack of effect under repeated survey radiography of abdominal cavity it facilitates discovering some air incoming through perforated orifice at the moment of insufflation. Furthermore fibrogastroduodenoscopy allows showing any concomitant pathology of esophagus, stomach and duodenum as well as multiple ulcers and bleeding from them. The usage of laparoscopy for the diagnostics of perforation enables to give an opportunity to specify diagnosis, to carry out differential diagnostics, to ascertain the availability of peritonitis, volume and character of exudates.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 72-74.

УДК 616.9-022.3-036.22-078.33(571.63)

Г.Н. Тутубалина, Т.А. Ельчанинова

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ВЛАДИВОСТОКА

ГУ ЦГСЭН в г. Владивостоке

Ключевые слова: микробиологический мониторинг, внутрибольничные инфекции.

Возникновение госпитальных инфекций в хирургических стационарах является актуальной проблемой здравоохранения. Одной из причин увеличения внутрибольничной заболеваемости является создание крупных многопрофильных лечебно-диагностических отделений без учета современных медицинских технологий и архитектурно-инженерных решений, с концентрацией в помещениях тяжелых больных, увеличением доли пожилых пациентов и больных со сниженной иммунологической защитой, наличием большого количества медицинского персонала. Это создает предпосылки для циркуляции возбудителей во внешней среде и селекции вирулентных госпитальных штаммов. Оценивая роль внутрибольничных инфекций (ВБИ) в развитии послеоперационных гнойных раневых осложнений, следует заметить, что состояние внутрибольничной среды продолжает до настоящего времени в значительной мере определять вероятность их развития, что особенно очевидно при возникновении послеоперационных осложнений в «чистых» хирургических отделениях.

Для изучения причин возникновения и распространения ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях Владивостока при проведении государственного санитарно-эпидемиологического надзора и производственного инфекционного контроля используется совокупность применяемых в эпидемиологической практике методов микробиологической диагностики:

бактериологическое исследование проб воздуха, отбор смывов с различных объектов, контроль эффективности работы стерилизаторов, исследования проб воды, используемой для обработки изделий медицинского назначения и лекарственных препаратов,

Микробиологические исследования и эпидемиологический анализ, проведенные за последние 5 лет (1997-2001 гг.), показали, что в 1,3% случаев смывы, взятые с аппаратуры, оборудования и предметов быто-медицинской обстановки, не соответствовали гигиеническим нормативам по эффективности проводимых дезинфекционных мероприятий. Микробиологическая «чистота» воздуха в 0,5% отобранных проб превышала нормируемый уровень, а процесс стерилизации перевязочного материала и многоразовых изделий медицинского назначения не был эффективным в 1,5% наблюдений [1].

При эпидемиологическом анализе полученных данных по годам установлено, что 1999 г. был самым неблагоприятным по степени микробной обсемененности воздуха, контаминации объектов окружающей среды и надежности стерилизации. В этом году также отмечены самые высокие показатели внутрибольничного инфицирования пациентов парентеральными вирусными гепатитами В и С, которые составили 48% в структуре ВБИ, при среднем многолетнем уровне 15% (2,5% в 2001 г.). В целом, за последние пять лет в хирургических стационарах города отмечались положительная динамика всех показателей качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, оптимизация систем эпидемиологического надзора и микробиологического мониторинга возбудителей ВБИ. Уровень микробного загрязнения аппаратуры, рук персонала, белья снизился с 2,7% в 1997 г. до 1,1% в 2001 г. Удельный вес нестандартных проб воздуха в операционных, перевязочных, процедурных составил 0,3% в 2001 г. при 1,25% в 1997 г. Микробиологический мониторинг качества стерилизации перевязочного материала и многоразовых изделий медицинского назначения проводился при централизованной и децентрализованной стерилизации. Контролировалась эффективность обеззараживания