

УДК 61

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алыбаев Э.У., Чапыев М.Б., Алыбаев М.Э.

Национальный хирургический центр МЗ КР,
КГМА им И.К. Ахунбаева, Бишкек, e-mail: chapyev75@mail.ru

В статье даны результаты ЭГДС в диагностике перфоративных язв желудка у 68 пациентов основной группы и у 57 больных – у которых ЭГДС не использовалась – группы сравнения. Установлено, что ЭГДС повышает диагностику, способствует выявлению сопутствующих заболеваний, не ухудшает состояния больных.

Ключевые слова: желудок, перфоративная язва, диагностика, ЭГДС

COMPARATIVE EVALUATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH PERFORATED GASTRIC AND DUODENAL ULCER

Alybaev E.U., Chapyev M.B., Alybaev M.E.

National Surgical Center MOH,
I.K. Achunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, e-mail: chapyev75@mail.ru

The article gives the results of endoscopy in the diagnosis of perforated gastric ulcers in 68 patients of the main group and in 57 patients – in whom endoscopy is not used – the comparison group. It was found that endoscopy increases diagnostic, facilitates the identification of co-morbidities, does not worsen the condition of patients.

Keywords: stomach, perforated ulcer, diagnostics, endoscopy

Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – серьезное осложнение, требующее своевременной точной диагностики [5, 8]. В некоторых случаях нетипичная клиническая картина влечет за собой диагностические ошибки и запоздалое оперативное лечение. Это обстоятельство указывает на необходимость совершенствования методов диагностики данной патологии [4, 6, 9]. Увеличение в последние годы частоты перфораций гастродуоденальных язв связано с тяжелым социально-экономическим положением в стране, хроническими стрессовыми ситуациями, часто невозможностью проведения полного курса консервативного лечения язвенной болезни [12, 13, 14]. В последние годы число больных с впервые выявленной язвенной болезнью возросло с 18 до 26%. Число неотложных операций по поводу осложнений язвенной болезни увеличилось почти на 100%, а число случаев перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки возросло в 3 раза [1, 2, 7, 11].

При достаточно широком спектре диагностических возможностей ошибки на догоспитальном этапе составляют 19,6-44,9%, причем доля ошибочных диагнозов у детей и лиц старше 60 лет выше, чем у лиц молодого и среднего возраста [6, 8].

В связи с чем для диагностики перфоративных язв возникла необходимость в орга-

низации круглосуточной эндоскопической диагностики, позволяющая уменьшить время постановки диагноза и снизить послеоперационную летальность [1].

Необходимость применения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) определяется возможностью наличия нескольких язв и опасностью пропуска второй язвы, которая может служить источником кровотечения или перфорации в послеоперационном периоде; возможностью определить объем и характер оперативного вмешательства до операции; четко отдифференцировать перфорацию язвы от перфорации раковой опухоли; сложностью дифференциальной диагностики данного осложнения язвенной болезни с острым панкреатитом; возможным сочетанием перфорации с кровотечением и другой патологией [3, 10, 13].

Цель работы: представить результаты диагностики перфоративных язв с использованием ЭГДС и сравнить с результатами без применения ЭГДС.

Материалы и методы исследования

В течение 2012-2015 гг. в Национальном хирургическом центре МЗ КР г. Бишкек находились на обследовании и лечении 125 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 111 (88,8%), женщин 14 (11,2%), выявлено существенное преобладание мужчин.

Возраст больных колебался от 15 до 83 лет (табл. 1).

Большинство пациентов были мужчины в возрасте 30-49 лет – 44,1%, что совпадает с данными,

приводимыми разными авторами [8, 9]. Наибольшее количество женщин, госпитализированных и находившихся на лечении с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, были в возрасте 40-59 лет – 9 из 14 поступивших. В группе лиц 70 лет и старше количество мужчин 3,6% и женщин – одна из 14.

В процессе наблюдения нами были выделены две группы больных: в первую (основная группа) включены пациенты, которым в процессе постановки диагноза выполнялась ЭГДС (68 чел.), вторая (контрольная группа) – это больные, с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которым в процессе постановки диагноза ЭГДС не выполнялась (57 чел.). Больные контрольной группы находились на лечении в период с 2012 по 2013 год включительно, а больные основной группы – с 2014 по 2015 гг.

При анализе жалоб пациентов, анамнеза заболевания, физикального обследования существенных различий в первой и второй группах выявлено не было.

В обследовании больных, помимо общеклинических исследований, использована ЭГДС, которая осуществлялась аппаратами «OLYMPUS» марок GIF Q 20, GIF PQ 20, с источниками освещения CLE-3, CLE-F 10, «PENTAX» марки EG-2930K со своим осветительным прибором и видеогастроскопическая стойка GE-100 фирмы SMOIF, по общепринятой ме-

тодике, обзорная рентгенография органов брюшной полости и по показаниям лапароскопия, бактериологическое исследование экссудата брюшной полости.

Материалы исследования обрабатывались путем применения относительных показателей. Достоверность определялась вычислением критерия Р по таблице Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

При выполнении ЭГДС у больных основной группы была выявлена патология желудка и двенадцатиперстной кишки (табл. 2).

Из всех обследованных больных, прошедших ЭГДС чаще всего перфоративное отверстие локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (72,3%), затем язвы, расположенной по большой кривизне желудка, другая локализация выявлялась редко.

Был проведен сравнительный анализ клинических показателей первой и второй групп больных с перфоративными гастродуоденальными язвами (табл. 3).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст больных	Мужчины (n – 111)	Женщины (n – 14)	%
	абс.ч.	абс.ч.	
до 20 лет	11	-	9,9
21-29 лет	25	1	22,5
30-39 лет	28	3	25,2
40-49 лет	21	4	18,9
50-59 лет	13	5	11,7
60-69 лет	9	-	8,2
70 лет и старше	4	1	3,6
Всего	111	14	100,0

Таблица 2

Заключение после проведения ЭГДС

Заключение	Всего больных	
	абс.ч.	%
Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	32	47,1
Возможная перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	17	25,0
Сочетание перфоративной язвы и кровотечения	5	7,4
Сочетание кровотечения и возможной перфорации язвы	2	2,9
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	5	7,4
Перфорация рака желудка	2	2,9
Эрозивно-язвенный гастрит, дуоденит	2	2,9
Гастрит	2	2,9
Деформация привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки	1	1,5
Всего	68	100,0

Таблица 3

Сравнительная характеристика контрольной и основной групп

Параметр	Контрольная группа	Основная группа
Проведено в стационаре, сутки	14,02 ± 1,84	13,49 ± 1,73
Время до операции, в минутах	63,27 ± 3,39 мин.	74,91 ± 3,66 мин.
Выявление локализации перфоративного отверстия до операции		Локализация выявлялась при ЭГДС
Выявление сопутствующей патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	Сопутствующая патология выявлена у 21 (29,1%)	Сопутствующая патология выявлена только при ЭГДС
Повторные оперативные вмешательства в послеоперационном периоде вследствие не выявленной до операции патологии	у 2 больных	Не было повторных операций
Расхождение предоперационного и клинического диагнозов	у 13 (22,4%) больных	У 3 (4,2%) больных
Перитонит: серозный	65,5%	69,4%
гнойный	22,4%	19,4%
желчный	12,1%	11,1%
Бактериальное исследование содержимого брюшной полости	Рост микрофлоры не выявлен у 91,4% пациентов	Рост микрофлоры не выявлен у 91,7% больных
Летальность	6,9%	4,2%

Таблица 4

Перитонит в контрольной и основной группах больных

Вид перитонита	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Серозный ограниченный	5	8,6	9	12,5
Серозный разлитой	8	13,8	10	13,9
Серозно-фибринозный ограниченный	6	10,3	7	9,7
Серозно-фибринозный разлитой	19	32,8	24	33,3
Фибринозно-гнойный разлитой	13	22,4	14	19,4
Желчный ограниченный	6	10,3	7	9,7
Желчный разлитой	1	1,7	1	1,4
Всего	58	100,0	72	100,0

Рассматривая основные клинические показатели необходимо отметить, что средний койко-день в первой группе больных составил 14,02 ± 1,84 дня, во второй – 13,49 ± 1,73. Достоверного различия между средним койко-днем первой и второй групп нет ($P > 0,05$).

Среднее время с момента поступления и до начала оперативного вмешательства в первой группе больных составляло 63,27 ± 3,39 минут, во второй – 74,91 ± 3,66 минут. Заметного удлинения процесса постановки диагноза не происходило ($P > 0,05$).

Кроме перфорации гастродуоденальной язвы у 49 пациентов (68,1%) второй группы при эзофагогастродуоденоскопии выявлялась сопутствующая патология пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – поверхностный эзофагит, эрозивный эзо-

фагит, дивертикул пищевода, эрозивный гастрит, эрозивный дуоденит, анастомозит, отек и деформация антрального отдела желудка, привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

В первой группе больных несовпадение предоперационного и интраоперационного диагнозов было установлено у 13 пациентов (22,4%), во второй группе 3 больных (4,2%), они были взяты на оперативное лечение с диагнозом перитонит неясной этиологии. Следовательно, расхождение диагноза достоверно выше в группе сравнения, где ЭГДС не применяли.

При сравнении характера и степени распространенности перитонита существенных отклонений в группах с проведением и без проведения ЭГДС выявлено не было (табл. 4).

Процент больных с разным характером и степенью распространенности перитонита в первой и во второй группах был сходным, достоверных различий в этом плане не выявлено.

При бактериологическом исследовании содержимого брюшной полости роста микрофлоры не было выявлено у 53 больных (91,4%) первой группы и у 66 больных (91,7%) второй группы; у 2 пациентов первой группы и у одного больного второй группы выявлен умеренный рост *E. coli*; у одного пациента первой группы и у 2 – второй группы слабый и умеренный рост *Klebsiella pneumoniae*; у одного пациента первой и у одного второй группы имел место умеренный рост *Enterobacter aerogenes*; у одного больного первой группы и у 2 пациентов второй группы слабый и умеренный рост *Staphylococcus epidermididis*. Различие между группами недостоверно ($P > 0,05$).

Полученные данные показали, что ЭГДС достоверного влияния на характер и распространение перитонита не оказывает.

Летальность в контрольной группе больных составила 6,9%, в основной – 4,2%. Смерть одного больного контрольной группы была связана с не диагностированным до операции вторым перфоративным отверстием. Летальность в контрольной и основной группе остальных больных были связаны с поздними поступлениями с запущенной стадией перитонита, и с выраженными тяжелыми сопутствующими заболеваниями, пожилого и старческого возраста.

Таким образом, на основании выполненных нами исследований можно сделать следующие выводы:

1. Сравнительная оценка демонстрирует преимущества и возможности применения ЭГДС в диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. ЭГДС не увеличивает срок пребывания пациента в стационаре и время процесса диагностики, позволяет выявить сопутствующую патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и решить вопрос об объеме оперативного вмешательства.

3. Эндоскопический метод диагностики не влияет на характер и степень распространения перитонита, не повышает частоту осложнений и летальности.

Список литературы

1. Алыбаев, Э.У. Комплексные методы исследования в диагностике перфоративных пилородуоденальных язв [Текст] / Э.У. Алыбаев // Клиническая и экспериментальная медицина – 2003. – № 4. – С. 31-36.
2. Афендулов, С.А. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью [Текст] / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 336 с.
3. Войташевская, Н.В. Эзофагогастродуоденоскопия в комплексном лечении больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Н.В. Войташевская. – М., 2005. – 22 с.
4. Жерлов, Г.К. Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв [Текст] / Г.К. Жерлов // Бюл. Сиб. Медицины. – 2003. – № 4. – С. 5-14.
5. Кузин, М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / М.И. Кузин // Хирургия. – 2001. – № 2. – С. 27-32.
6. Курбанов, К.М. Комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных дуоденальных язв [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.17 / К.М. Курбанов. – Душанбе, 1997. – 42 с.
7. Лобанков, В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века [Текст] / В.М. Лобанков // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58-64.
8. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Руководство / Под ред. А.А. Курыгина, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. – СПб.: Питер, 2001. – 469 с.
9. Циммерман, Я.С. Нерешенные и спорные вопросы современной гастроэнтерологии [Текст] / Я.С. Циммерман. – М.: МЕДпресс, 2013. – 224 с.
10. Цуканов, Ю.Т. Применение УЗИ и ЭГДС в диагностике и послеоперационном мониторинге пилородуоденальной зоны при прободной язве [Текст] / Ю.Т. Цуканов, В.Н. Никитин // Вестник хирург, гастроэнтерологии. – 2012. – № 1. – С. 27-32.
11. Aoki, T. Current status of and problems in the treatment of gastric and duodenal ulcer disease: introduction [Текст] / T. Aoki // World. J. Surg. – 2000. – Vol. 24, N1. – P. 249-252.
12. Gastrointestinal tract perforation: CT diagnosis of presence, site, and cause [Текст] / [A. Furukawa, M. Sakoda, M. Yamasaki et al.] // Abdom. Imaging. – 2005. – Vol. 30. – P. 524-534.
13. Perforated pyloroduodenal peptic ulcer and sonography [Текст] / [S. Kuzmich, C.J. Harvey, D.T.M. Fascia et al.] // American Journal of Roentgenology. – 2012. – Vol. 199, N5. – P. 587-594.
14. Tack J. Pathophysiology, diagnosis and management of postoperative dumping syndrome [Текст] / J. Tack, J. Arts, P. Caenepeel // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2009. – Vol. 6, N10. – P. 583-90.