

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Мамакеев К.М., Абдулаев Д.С., Чапыев М.Б., Алыбаев М.Э.

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

В работе представлены результаты ЭГДС у 68 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что эндоскопический метод позволяет определить не только перфорацию, но и выявить сопутствующие заболевания пищевода, желудка и ДПК. Метод не увеличивает сроки пребывания больного до операции, не влияет на распространенность перитонита и не увеличивает процент осложнений и летальности.

Ключевые слова: желудок, язвенная болезнь, осложнения, перфорация, диагностика

INFORMATIVENESS ENDOSCOPIC METHODS OF EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS

Мамакеев К.М., Abdullaev D.S., Chapyev M.B., Alybaev M.E.

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

The results of endoscopy in 68 patients with perforated peptic ulcer of the duodenum are given. It is found that the endoscopic method allows to determine not only the perforations, but also to identify related diseases of the esophagus, stomach and duodenum. The method does not increase the length of stay of the patient before the operation, has no effect on the incidence of peritonitis and does not increase the rate of complications and mortality.

Keywords: stomach, peptic ulcer disease, complications, perforation, diagnosis

Своевременность и качество диагностики экстренной хирургической патологии органов брюшной полости оказывают непосредственное влияние на эффективность лечения, возникновение послеоперационных осложнений и летальности [1, 4, 7, 11, 15]. Улучшение диагностики с использованием современных технологий является особенно важным и актуальным вопросом организации хирургической помощи населению [2, 5, 6, 13].

Использование ЭГДС для диагностики перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки с последующей обзорной рентгенографией органов брюшной полости в сложных диагностических случаях является современной тактикой в процессе постановки диагноза и позволяет определить характер заболевания и его осложнения и своевременно выполнить хирургическое лечение [8, 9, 10, 12, 14].

Как утверждает ряд исследователей [3, 12], с помощью ЭГДС можно подтвердить или исключить диагноз гастродуоденальной язвы, определить локализацию язвы, размер перфоративного отверстия, возможность выявить перфорацию двух и более язв, количество язв и сопутствующую патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Однако эта методика в диагностике перфоративных язв еще не нашла широкого применения из-за недооценки рядом хирургов

этого метода, из-за боязни увеличения осложнений ее использования. В немногочисленных публикациях представлены сообщения о применении ЭГДС при перфоративных язвах [3, 4, 16], но они основаны в основном на небольшом числе наблюдений.

Цель исследования – оценить информативность ЭГДС в диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования

ЭГДС выполнена у 68 больных, поступивших с диагнозом перфоративная язва желудка или с подозрением на перфорацию.

Полученные результаты исследований обработаны путем применения относительных показателей, а степень достоверности определялась вычислением критерия Р – по таблице Стьюдента.

Диагностика с помощью ЭГДС перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки проводилась только в условиях стационара НХЦ МЗ КР у 68 пациентов при наличии дежурной операционной бригады, в период с 2013 по 2015 год. При подтверждении перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки больные транспортировались в операционную для проведения оперативного лечения.

Больные с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, которым в процессе постановки диагноза выполнялась ЭГДС, мужчин было 62 (91,2%), женщин 6 (8,8%), возраст больных колебался от 16 до 73 лет (табл. 1).

Большинство больных были мужчины в возрасте от 20-49 лет – 45 пациентов (72,5%).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст больных, лет	Женщины (n – 6)	Мужчины (n – 62)	%
	абс.ч.	абс.ч.	
16-19	-	7	11,4
20-29	1	15	24,2
30-39	2	17	27,4
40-49	2	13	20,9
50-59	-	6	9,7
60-69	-	3	4,8
70 и старше	1	1	1,6
Всего	6	62	100,0

Таблица 2

Диагноз после проведения ЭГДС

Диагноз	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

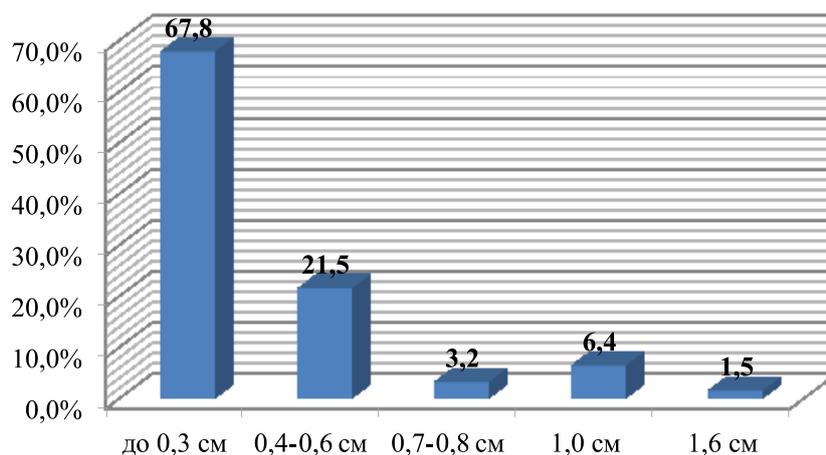
Локализация перфоративного отверстия по данным ЭГДС (n – 65)

Локализация перфоративного отверстия	Всего больных	
	абс.ч.	%
Тело желудка	3	4,6
Антральный отдел	2	3,1
Кульдя желудка	1	1
Пилорический канал и луковица двенадцатиперстной кишки, передняя стенка, пилорический канал и луковица	47	72,3
Двенадцатиперстная кишка, большая кривизна	8	12,3
Пилорический канал и луковица двенадцатиперстной кишки, малая кривизна, задняя стенка	4	6,2
Всего	65	100,0

Результаты исследования и их обсуждение

После проведения ЭГДС были выставлены следующие диагнозы (табл. 2): точный диагноз нарушения целостности стенки желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС был установлена у 39 пациентов (57,4%). Среди них у 5 (7,3%), перфорация сочеталась с кровотечением, а у двух кровотечения с возможной перфорацией.

Возможная перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки была заподозрена у 21 больного. При этом мы подразумевали случаи, когда при ЭГДС визуализировалась язва, но дно язвы видно не было из-за отека, деформации стенки органа, большой глубины язвы и в этих случаях исключить прободение было сложно. У 2 из них было диагностировано кровотечение из места возможной перфорации.



Размеры перфоративного отверстия, установленные при ЭГДС (в%)

Из всех 65 больных, прошедших ЭГДС и у которых был выставлен диагноз язвенной болезни, чаще всего перфоративное отверстие локализовалось по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки – 47 пациентов (72,3%), на втором месте были язвы расположенные по большой кривизне луковицы двенадцатиперстной кишки – 8 пациентов (12,3%), другие варианты расположения встречались значительно реже (табл. 3).

Размеры перфорации (рисунок) у 44 пациентов (67,8%) по данным ЭГДС были до 0,3 см, что можно объяснить отеком вокруг язвы, деформацией стенки органа, мешающими оценить истинный размер перфоративного отверстия и у части больных лишь заподозрить его наличие. У 14 больных (21,5%) размер перфоративного отверстия был 0,4-0,6 см, у 2 (3,2%) – 0,7-0,8 см, у 4 (6,4%) – 1,0 см и у одного больного перфорация была 1,6 см в диаметре. При размере перфоративного отверстия 0,6 см и более иногда через него визуализировались петли кишечника.

У 4 больных диагноз перед ЭГДС был перфорация язвы желудка, а при ЭГДС выявлена прободная язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Точная локализация перфоративного отверстия позволила еще до операции решить вопрос об объеме оперативного вмешательства.

Глубина язвы не позволяла дифференцировать перфорацию от пенетрации у 2 больных. У одного перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки не была диагностирована во время ЭГДС из-за рубцовой деформации привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки. Во время ЭГДС была заподозрена прикрытая перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки у одного пациента. При ЭГДС еще у одного больного в желудке определя-

лась язва с инфильтрованными краями и перфорацией в центре, была заподозрена злокачественная опухоль и взята биопсия. Перфоративное отверстие ушито, при цитологическом и гистологическом исследовании это была хроническая язва желудка.

При ЭГДС у 31 больного (43,0%) из-за отека и деформации привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, из-за глубины язвы исключить или подтвердить диагноз перфорации язвы не представлялось возможным. При выполнении им обзорной рентгенографии органов брюшной полости до эзофагогастродуоденоскопии газа под куполом диафрагмы обнаружено не было. Этим пациентам после эндоскопического исследования повторно выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости. При этом газ под куполом диафрагмы был выявлен у 26 (22,3%), диагноз перфоративной язвы у них также подтвержден в момент операции.

При инсуффляции воздуха при эзофагогастродуоденоскопии в полость желудка и двенадцатиперстной кишки через невидимое за счет отека и деформации стенки органа и глубины язвы отверстие, газ поступил в свободную брюшную полость и обнаружен при повторной обзорной рентгенографии органов брюшной полости, что является достоверным признаком перфорации в диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

У остальных 5 пациентов (4,3%) газа в брюшной полости при повторной обзорной рентгенографии после ЭГДС обнаружено не было. Для подтверждения прободения язвы 2 из них была выполнена диагностическая лапароскопия, при которой выявлен перитонит, причиной которого была прикрытая большим сальником перфорация

язвы двенадцатиперстной кишки, произведена лапаротомия и ушивание язвы.

Для уточнения диагноза 3 пациента находились под динамическим наблюдением в хирургическом отделении в течение 2 часов, диагностическая лапароскопия им не проводилась, при нарастании симптомов перитонита они были оперированы и в момент операции была обнаружена прикрытая перфорация большим сальником.

При ЭГДС у 49 пациентов (68,1%) выявлены сопутствующие заболевания: поверхностный эзофагит, эрозивный эзофагит, дивертикул пищевода, эрозивный гастрит, эрозивный дуоденит, анастомозит, деформация антрального отдела желудка, привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, язва желудка и двенадцатиперстной кишки (табл. 4).

Язвенная болезнь в подавляющем большинстве случаев сочетается с сопутствующей патологией и зачастую у одного больного при ЭГДС обследовании было обнаружено несколько других заболеваний, как в желудке, так и в соседних органах (пищевод и двенадцатиперстная кишка). Использование ЭГДС в диагностике перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки позволило уже при поступлении больных выявить у них наличие сопутствующей патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта и провести лечение и предупреждение возможных осложнений.

У 2 пациентов (2,8%) из-за выраженной деформации привратника провести эндоскоп в луковицу двенадцатиперстной кишки не удалось.

Диагноз перфорации двух язв желудка и двенадцатиперстной кишки был выставлен с использованием ЭГДС, что позволило уже до операции решить вопрос о выборе объема оперативного вмешательства и сформировать операционную бригаду с достаточным опытом.

Сочетание двух urgentных осложнений язвенной болезни: перфорации и кровотечения из язвы было выявлено у 7 пациен-

тов (9,7%). Возраст пациентов был от 19 до 67 лет, мужчин было 6, женщина одна. С диагнозом перфоративная язва были направлены на эзофагогастродуоденоскопию 6 больных и одна больная – с диагнозом перфорация и кровотечение. У 6 больных с перфорацией язвы, осложнение кровотечением обнаружено у одного больного.

Кроме того, еще у одного поступившего язва луковицы двенадцатиперстной кишки осложнилась перфорацией, а кровотечением – язва желудка.

У 2 пациентов в желудке визуализировалась изъязвленная инфильтрированная поверхность с перфоративным отверстием, был заподозрен рак желудка, взята биопсия. При гистологическом исследовании у одной из них выявлена высоко дифференцированная аденокарцинома, и у второй – участки слизистой с хроническим воспалением и некротизированная ткань.

При выполнении ЭГДС и после нее каких-либо осложнений у пациентов не наблюдалось, осмотр большинство больных переносили спокойно.

Таким образом, проведенное нами исследование показало возможности применения ЭГДС в диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. 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. Метод не влияет на характер и степень распространения перитонита и не увеличивает частоту летальных исходов.

Использование ЭГДС позволяет определить наличие перфоративных гастродуоденальных язв, их локализацию, четко дифференцировать перфорацию язвы желудка от рака желудка, выявить наличие второй язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ее возможное прободение, наличие кровотечения из язвы, сопутствующую патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 4

Сопутствующая патология, выявленная при ЭГДС (n – 72)

Сопутствующая патология	Количество больных	
	абс.ч.	%
Эрозивный эзофагит	21	29,1
Дивертикул пищевода	1	1,4
Эрозивный гастрит	32	44,1
Эрозивный дуоденит	53	73,5
Деформация привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки	25	34,9
Вторая язва	10	13,9
Другое	7	9,7

Информативность обзорной рентгенографии органов брюшной полости после ЭГДС возрастает с 65,5% до 93,1%, поэтому в начале обследования необходимо выполнить ЭГДС, а потом в сомнительных случаях обзорную рентгенографию органов брюшной полости.

Список литературы

1. Алыбаев Э.У. Диагностические особенности хирургии перфоративной пилородуоденальной язвы в современном аспекте [Текст] / Э.У. Алыбаев, А.А. Сопуев, Д.С. Абдуллаев // Известия ВУЗов. – 2003. – № 2. – С. 32-37.
2. Алыбаев Э.У. Комплексные методы исследования в диагностике перфоративных пилородуоденальных язв [Текст] / Э.У. Алыбаев // Клиническая и экспериментальная медицина – 2003. – № 4. – С. 31-36.
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. Диагностика перфоративных язв пилородуоденальной зоны с использованием фиброгастроскопии и лапароскопии [Текст] / [Ю.Г. Кадышев, П.Г. Литвинов, М.А. Брусницына и др.]. // Новые технологии в хирургии: сб. науч. работ, посв. 75-летию кафедры хирургии Киевской мед. акад. последипломного образования. – Киев: Арт График, 1997. – С. 8-9.
5. Жерлов Г.К. Современные тенденции диагностики и лечения гастродуоденальных язв [Текст] / Г.К. Жерлов // Бюл. Сиб. Медицины. – 2003. – № 4. – С. 544.
6. Кадышев, Ю.Г. Диагностика и хирургическое лечение при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Ю.Г. Кадышев // Вестник хирургии. – 2001. – № 3. – С.89-93.
7. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / М.И. Кузин // Хирургия. – 2001. – № 2. – С. 27-32.
8. Кузин Н.М. Состояние секреторной, эвакуаторной функции желудка и дуоденогастрального рефлюкса у больных язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки после различных типов операций [Текст] / Н.М. Кузин, А.Н. Алимов // Хирургия. – 1997. – № 8. – С. 28-31.
9. 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 Л 997, – 42 с.
10. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Руководство. / Под ред. А.А. Курыгина, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. – СПб.: Питер, 2001. – 469 с.
11. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные вопросы современной гастроэнтерологии [Текст] / Я.С. Циммерман. – М.: МЕДпресс, 2013. – 224 с.
12. 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.
13. 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. – № 1. – P. 249-252.
14. 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.
15. 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, N 5. – P. 587-594.
16. 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. 583-590.