

УДК 616.34-005.1 шифр 14.00.05

К ВОПРОСУ ОБ УЧЕТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, У ЖИТЕЛЕЙ МАЛЫХ ГОРОДОВ И НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

**Могила А.И.¹, Алборов А.Х.², Горшенин Т.Л.³, Романов А.В.⁴,
Смирнов Ал.Ан.⁵, Сидоренко В.А.⁶, Смирнов Ал.Ал.⁷**

¹ Украинская военно-медицинская академия, Новгородский государственный университет им.Я.Мудрого, aimogila@yandex.ru

² Санкт-Петербургский медицинский информационно-аналитический центр

³ Санкт-Петербургский госпиталь ветеранов войн

⁴ МУЗ «Всеволожская центральная районная больница» Ленинградской области

⁵ МУЗ «Выборгская городская больница» Ленинградской области

⁶ Госпиталь ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

⁷ МУЗ «Выборгская городская больница» Ленинградской области

Скрупулезное изучение жалоб пациентов и данных анамнеза их заболеваний не утратило своей актуальности для оценки состояния больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Субъективные признаки болезни иногда оказываются решающими при постановке диагноза, т.к. возможности проведения даже самых простых лабораторных и инструментальных методов обследования больных в условиях провинциальных медицинских учреждений при дефиците времени оказания медицинской помощи существенно ограничены. Поэтому знание особенностей клинических проявлений язвенной болезни, осложненной кровотечением, у больных, проживающих в сельской местности, способствует точности диагностики этого осложнения язвенной болезни и своевременности начала патогенетического лечения.

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение.

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к числу наиболее часто встречающейся патологии пищеварительного тракта. Последние десятилетия характеризуются снижением числа плановых операций, проводимых по поводу язвенной болезни, более чем в 2 раза, при этом очевиден рост числа экстренных хирургических

вмешательств, обусловленных осложнениями данного заболевания [1]. В Санкт-Петербурге за последние 20 лет число пациентов, у которых язвенная болезнь осложнилась кровотечением, увеличилось в 2,3 раза, при этом численность контингента больных язвенными кровотечениями среди всех наблюдений острых хирургических заболеваний возросла более чем в 2,5 раза [2].

Сведения о клинической картине язвы ДПК, осложненной кровотечением, подробно изложены в учебной, методической и научной литературе [3-4]. Однако у населения, проживающего в малых городах и сельских населенных пунктах, многие исследователи отмечают ряд клинических особенностей данной патологии [5-6]. Это прежде всего связано с: поздней обращаемостью жителей провинции за медицинской помощью после первых проявлений язвенного кровотечения и заболевания в целом [7]; недостаточным уровнем диспансерного охвата населения сельской местности, обусловленным прежде всего неуккомплектованностью кадрами или отсутствием штатных должностей в медицинских учреждениях сельских населенных пунктов [6]; низким по сравнению с жителями крупных городов образовательным уровнем населения и другими факторами.

Материалы и методы

Чтобы изучить особенности характера и выраженности клинических проявлений дуоденальной язвы, осложненной кровотечением у пациентов, проживающих в малых городах и сельских населенных пунктах, проанализированы данные о 165 больных, перенёсших с 2000 по 2002 гг. хирургические вмешательства по поводу язвы двенадцатиперстной кишки в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Ленинградской области. Распределение больных с учетом пола и возраста отражено в табл. 1.

Мужчины наиболее часто хирургические вмешательства переносили в возрасте от 41 до 50 лет (29,8 %). Женщинам операции чаще всего выполнялись в возрасте от 31 до 40 лет — 33,3 %. В целом соотношение мужчин и женщин, больных кровоточащей дуоденальной язвой, составило 3,5:1, что практически аналогично распределению пациентов по половому признаку при неосложненном течении ЯБ ДПК.

Таблица 1

Распределение больных, находившихся на лечении в ЛПУ Ленинградской области по поводу кровотечения из язвы ДПК, с учетом возраста и пола пациентов

| Возраст, лет | Число пациентов, человек | |
|--------------|--------------------------|---------|
| | мужчины | женщины |
| до 20 | 3 | - |
| 21–30 | 22 | 2 |
| 31–40 | 35 | 8 |
| 41–50 | 42 | 6 |
| 51–60 | 25 | 6 |
| старше 60 | 14 | 2 |

На момент госпитализации больных кровоточащей язвой в муниципальные учреждения здравоохранения (МУЗ) Ленинградской области наиболее часто состояние пациентов оценивалось как средней степени тяжести — 61 человек (37%). Тяжелое состояние констатировано в 29,7 % случаев. В 4,2 % случаев пациенты поступали в стационар в крайне тяжелом состоянии. Удовлетворительным состояние было признано только при обследовании 48 больных — 29,1 %. Высокая частота случаев госпитализации пациентов в состоянии средней и тяжелой степени тяжести объясняется поздней обращаемостью жителей провинции за медицинской помощью и запоздалой их доставкой в МУЗ. Это, в свою очередь, обуславливает увеличение времени ожидания квалифицированной помощи, а следовательно, и развитие более тяжелой степени кровопотери.

Результаты

Анализ жалоб пациентов при их поступлении в стационар показывает, что наиболее часто при первичном обследовании больные сообщают о головокружении и общей слабости (85,5 %). Более чем в половине (59,4 %) случаев пациенты отмечали боли в животе. Характерно, что в дальнейшем в 66,3 % наблюдений болевой синдром купировался самостоятельно. В 84 % случаев боли локализовались в эпигастральной области и области пупка, в 4 % — в области правого подреберья и в 12 % наблюдений не имели четкой локализации. При изучении выраженности болевого синдрома оказалось, что лишь у 3 больных (3,1 %) она была интенсивной, у 50 больных (51 %) болевые ощущения в животе можно было определить как средней интенсивности, 67 пациентов (40,6 %) боли в животе вообще не беспокоили. Реже всего больные жаловались на тошноту, которая возникала в 50,9 % и часто сочеталась с рвотой (табл. 2).

Таблица 2

Основные жалобы, предъявляемые больными ЯБДПК, осложненной кровотечением, в фазе обострения заболевания

| Проявления язвы ДПК | Число наблюдений, человек (%) |
|-------------------------|-------------------------------|
| болевого синдрома | 98 (59,4) |
| в эпигастрии | 82 (84) |
| в правом подреберье | 4 (4) |
| другая локализация боли | 12 (12) |
| тошнота | 84 (50,9) |
| слабость | 121 (73,3) |
| головокружение | 120 (72,7) |
| Всего | 165 (100) |

Почти у каждого пятого пациента (22,6 %) констатировалась кратковременная потеря сознания. У большинства

больных с дуоденальным кровотечением отмечались бледность кожных покровов и холодный пот (табл. 3).

Проявления язвенной болезни ДПК, осложненной кровотечением, в фазе обострения заболевания, выявляемые при объективном обследовании пациентов

| Симптомы | Частота встречаемости, % |
|-------------------|--------------------------|
| потеря сознания | 22,6 |
| бледность кожи | 77,5 |
| холодный пот | 52,7 |
| отрыжка | 18,1 |
| рвота | 63 |
| задержка стула | 6,1 |
| дегтеобразный кал | 39,9 |

Кровь в рвотных массах и черный (дегтеобразный) кал были наиболее важными и частыми объективными признаками кровотечения, которые встречались в 62,4 и 39,9 %, соответственно. Кровь при рвоте не всегда отмечалась у больных дуоденальной язвой, осложненной кровотечением. Известно, что появление черного кала не может быть симптомом для ранней диагностики кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки, т.к. черная окраска испражнений появляется лишь через 12–24 ч после начала язвенного кровотечения. Рвотой с примесью крови и одновременно черным стулом язвенные кровотечения проявлялись в 49,1 % наблюдений. В 8,5 % случаев при ЯБ ДПК кровотечение манифестировалось только так называемой «кровой рвотой». Такие неспецифические симптомы, как бледность кожных покровов, холодный пот, отрыжка, задержка стула, при обследовании жителей провинции,

больных кровоточащей ЯБДПК, встречались соответственно в 77,5 %, 52,7 %, 18,1 %, 6,1 % наблюдений.

При осмотре больных язвенным кровотечением в 91,5 % случаев живот выглядел обычным по форме и при пальпации мягким. В 3 % случаев он был втянут, в 4,2% наблюдений вздут. Лишь в 1,2 % наблюдений определялось незначительное напряжение мышц живота в эпигастральной области.

К важным объективным показателям степени кровопотери у больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки относятся изменения частоты пульса и уровня артериального давления (табл. 4 и 5).

Кровотечение из язвы ДПК существенным образом влияло на гемодинамические показатели у абсолютного числа больных. В 57 случаях (34,5 % наблюдений) регистрировался пульс более 100 ударов в минуту. Только в 30 наблюдениях пульс колебался в пределах 60–80 в минуту.

Таблица 4

Частота сердечных сокращений у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением

| Частота сердечных сокращений, мин ⁻¹ | Число наблюдений, человек (%) |
|---|-------------------------------|
| 60–80 | 30 (18,2) |
| 81–100 | 78 (47,3) |
| более 100 | 57 (34,5) |
| Всего | 165 (100) |

Показатели артериального давления (табл. 5) свидетельствуют о значительном его снижении на фоне кровопотери. Почти в половине случаев (49 %) у пациентов с кровотечением язвенного генеза систолическое артериальное давление было ниже 100 мм рт. ст., а у 18,1 % — максимальное

АД снижалось до 80 мм рт.ст. и ниже, что, вероятно, свидетельствовало о выраженных нарушениях системной гемодинамики. Выраженность гемодинамических нарушений соответствовала тяжести состояния больных, что определялось, главным образом, величиной кровопотери.

Таблица 5

Уровень систолического артериального давления у больных кровоточащей язвой ДПК

| Показатели систолического артериального давления, мм рт.ст. | Число наблюдений, человек (%) |
|---|-------------------------------|
| до 80 | 30 (18,1) |
| 81–100 | 51 (30,9) |
| 101–110 | 36 (21,9) |
| более 110 | 48 (29,1) |
| Всего | 165 (100) |

Из данных, представленных в табл. 6, следует, что в большинстве случаев (79,4 % наблюдений) количество эритроцитов в периферической крови оказалось ниже $3 \times 10^{12}/л$, и лишь в 20,6 % наблюде-

ний число красных кровяных телец находилось в пределах $3 \times 10^{12}/л$. Аналогичные изменения отмечались и со стороны показателей уровня гемоглобина (табл. 7).

Таблица 6

Количество эритроцитов у больных кровотечениями из язвы ДПК

| Количество эритроцитов, ($\times 10^{12}/л$) | Число наблюдений, человек (%) |
|--|-------------------------------|
| менее 2 | 96 (58,2) |
| 2,9–3 | 35 (21,2) |
| более 3 | 34 (20,6) |
| Всего | 165 (100) |

Таблица 7

Показатели содержания гемоглобина у больных с язвенным кровотечением

| Уровни гемоглобина, (г/л) | Число наблюдений, человек (%) |
|---------------------------|-------------------------------|
| менее 80 | 15 (9,1) |
| 81–99 | 81 (49,1) |
| более 100 | 69 (41,8) |
| Всего | 165 (100) |

Представленные в табл. 6 и 7 данные свидетельствуют о том, что у большинства больных язвенное кровотечение сопровождается изменением со стороны показателей красной крови в виде снижения количества эритроцитов и гемоглобина. Особое внимание заслуживает тот факт, что

8 больных поступили в ЛПУ с выраженной анемией (эритроциты — менее $2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — менее 80 г/л).

Рейтинговое распределение ряда клинико-лабораторных показателей, отмечаемых у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением, отражено в табл. 8.

Таблица 8

Частота признаков кровоточащей ЯДПК, выявленных при обследовании больных в МУЗ

| Показатель | Частота встречаемости, % |
|---------------------------------|--------------------------|
| снижение эритроцитов | 79,4 |
| бледность кожных покровов | 75,5 |
| слабость | 73,3 |
| головокружение | 72,7 |
| рвота | 63 |
| в т.ч. кровавая | 62,4 |
| болевой синдром | 59,4 |
| снижение гемоглобина | 58,2 |
| холодный пот | 52,7 |
| тошнота | 50,9 |
| снижение АД менее 100 мм рт.ст. | 49 |
| темный стул | 39,9 |
| сухость во рту | 35 |
| тахикардия более 100 в мин. | 34,5 |
| беспокойство больного | 34 |
| повышение температуры тела | 30 |
| повышение СОЭ | 24,8 |
| обморочное состояние | 22,6 |

Обсуждение результатов

Из представленных данных следует, что при диагностике кровотечений язвенного генеза у жителей провинции к числу частых и достоверных симптомов этого осложнения язвенной болезни следует отнести появление дегтеобразного стула и кровавую рвоту. Появление дегтеобразного кала констатируется не в дебюте развития осложнения, а спустя 12–24 и более часов. Рвота чаще всего возникает в первые часы манифестации осложнения. Большой информативностью обладают также такие симптомы, как тахикардия в сочетании со снижением артериального давления и бледностью кожных покровов. Другие симптомы кровотечения из дуоденальной язвы, такие, как холодный пот, сухость во рту, повышение температуры тела, обморочные состояния, встречаются значительно реже, преимущественно при тяжелом состоянии больных при обильной кровопотере и длительном периоде существования этого осложнения. Выраженность перечисленных симптомов кровотечения у больных язвенной болезнью может иметь не одинаковую диагностическую ценность при дифференциальной диагностике кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки. Такие симптомы, как тахикардия, артериальная гипотензия, бледность кожных покровов, встречаются у больных с одинаковой частотой, независимо от локализации язвенного дефекта. Рвота с примесью крови у больных из язвы двенадцати-

перстной кишки встречается в 62,4 % случаев, а темный цвет кала отмечен в 39,9 % наблюдений.

В целом проанализированные выше симптомы обладают необходимой информативностью в плане диагностики язвенного кровотечения, однако они вряд ли могут служить надежным критерием при дифференциальной диагностике заболевания.

Особо обращает на себя внимание высокая частота случаев тяжелой степени кровопотери у больных ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, проживающих в малых городах и сельских поселениях. Очевидно, что это обусловлено ненадлежащим диспансерным наблюдением за пациентами, низкой частотой их своевременного обращения за медицинской помощью, удаленностью хирургических подразделений МУЗ от места жительства больных, недостаточной укомплектованностью провинциальных лечебно-профилактических учреждений квалифицированными медицинскими работниками первого контакта, оказывающими помощь на догоспитальном этапе, редким использованием лечебных мероприятий в процессе транспортировки больных в ЛПУ (МУЗ).

Заключение

Недооценка особенностей клинических проявлений язвенной болезни у населения, проживающего в малых городах и сельских поселениях, повышает вероятность ошибок диагностики и способствует нерациональной тактике при оказа-

нии медицинской помощи жителям провинции при кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки. Во время обследования, и в частности, оценки общего состояния больных кровоточащей дуоденальной язвой вне условий ЛПУ крупных городов, скрупулезное изучение жалоб и анамнеза не утратило своей актуальности. Более того, нередко именно субъективные признаки заболевания имеют решающее значение в постановке правильного диагноза, т.к. возможности проведения даже самых простых лабораторных и инструментальных методов исследования в условиях медицинских подразделений сельских поселений (при дефиците времени оказания медицинской помощи) существенно ограничены. Поэтому знание прежде всего особенностей клинических проявлений язвенного кровотечения у больных, проживающих вне региональных административных центров, помогает своевременно верифицировать это осложнение язвенной болезни, способствует назначению патогенетического лечения в ранние сроки от начала заболевания со срочной транспортировкой пациентов в хирургические подразделения ближайших больниц. Вдумчивый системный целенаправленный поиск специфических проявлений кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки при обследовании и лечении пациентов позволяет повысить частоту случаев верификации этого осложнения язвенной болезни и снизить вероятность проведе-

ния экстренных хирургических вмешательств на фоне массивной кровопотери.

Список литературы

1. Луцевич Э.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? / Э.В.Луцевич, И.Н.Белов // Хирургия. – 2008. – №1. – С. 4-7.
2. Борисов А.Е. Анализ хирургического лечения перфоративных и кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки в Санкт-Петербурге за 20 лет /А.Е.Борисов, В.П.Акимов, А.А.Коваленко, Л.В.Кетелашвили // Актуальные проблемы прикладной анатомии, оперативной и клинической хирургии (Сборник трудов Рос. науч. конф., посвящ. 75-летию проф. С.А. Симбирцева). – СПб.: Издат. дом СПбМАПО. – 2004. – С. 174-176.
3. Жарский С.Л. Внутренние болезни: Учеб. пособие / С.Л.Жарский, Б.З.Сиротин, И.М.Давидович, Н.П.Кайзер, Ю.Л.Федорченко // Хабаровск: ГОУ ВПО ДВГМУ – 2008. – 216 с.
4. Кубышкин В.А. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии / В.А.Кубышкин, В.Ф. Федоров, Б. Айсман, Р.Б. Мак-Интайр, Г.В. Стигманн. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 744 с.
5. Воробьева Н.Ю. Принципы реабилитационной помощи больным с язвенной болезнью желудка // Врач-аспирант. – 2006. – №2(11). – С. 140-146.
6. Морозов Ю.М. Организационные пути улучшения результатов хирургического лечения жителей муниципальных образований, расположенных вне региональных административных центров, при язве двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 2005. – 32 с.
7. Смирнов А.А. Технологические и организационные пути улучшения результатов хирур-

гического лечения больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки в больницах, расположенных вне административных центров регионов // Автореф. дис. канд.мед.наук.- СПб., 2007. – 25 с.

STUDY THE FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF DUODENAL ULCER COMPLICATED BY BLEEDING THE INHABITANTS OF SMALL TOWNS AND RURAL SETTLEMENTS

Mogila A.I.¹, Alborov A.H.², Gorshenin T.L.³, Romanov A.V.⁴, Smirnov Al.An.⁵, Sidorenko V.A.⁶, Smirnov Al.Al.⁷

¹ *Ukrainian army medical college, Novgorod State university of J.Mudrogo, aimogila@yandex.ru*

² *St.-Petersburg medical information-analytical centre*

³ *St.-Petersburg hospital of veterans of wars*

⁴ *Vsevolozhsk central regional hospital, Leningrad region*

⁵ *The Vyborg city hospital, Leningrad region*

⁶ *Hospital of the Municipal Department of Internal Affairs across St.-Petersburg and Leningrad region*

⁷ *The Vyborg city hospital, Leningrad region*

The meticulous study of patients' complaints and anamnesis of the disease has not lost its relevance to the assessment of patients with duodenal ulcer. Subjective symptoms are sometimes decisive in establishing the diagnosis, because the possibility of even the most basic laboratory, and instrumental methods in terms of provincial health facilities for lack of time is substantially limited. Therefore, knowledge of the characteristics of clinical manifestations of peptic ulcer complicated by bleeding in patients living in rural areas, contributes to the timely diagnosis of this complication of peptic ulcer and the beginning of the pathogenetic treatment.

Keywords: duodenal ulcer, bleeding.