

УДК 616.34-005.1 шифр 14.00.05

## ОБ ОШИБКАХ ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ПРОВИНЦИАЛЬНЫХ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Кисленко А.М.<sup>1</sup>, Сидоренко В.А.<sup>2</sup>, Могила А.И.<sup>3</sup>, Прохоренко А.В.,  
Романенков Н.С.<sup>4</sup>, Русакевич К.И.<sup>5</sup>, Смигельский И.С.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Центральный военный клинический госпиталь ВВС, г. Красногорск,

<sup>2</sup> Госпиталь ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области,

<sup>3</sup> Украинская военно-медицинская академия, Новгородский государственного  
университет им.Я.Мудрого, [aimogila@yandex.ru](mailto:aimogila@yandex.ru),

<sup>4</sup> Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,  
федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию,

<sup>5</sup> ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П.Павлова Росздрава»,

<sup>6</sup> МСЧ №122 Санкт-Петербург

Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки — одно из наиболее сложных состояний в неотложной хирургии брюшной полости. Проведен анализ данных о своевременности диагностики кровотечения язвенной этиологии. Установлено, что на догоспитальном этапе кровотечение из язвы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки распознано в 70,9%; при диагностике язвенного кровотечения в муниципальном учреждении здравоохранения правильный диагноз был поставлен в 87,3%; в предоперационных диагнозах язвенное кровотечение не было распознано в 9,1 %. В 6,7 % случаев диагноз язвенной болезни установлен только во время операции. Основная причина ошибочных диагнозов на догоспитальном этапе — дефекты в сборе анамнеза болезни, а также недостаточное применение самых простых и легко реализуемых приемов и методов обследования пациентов с целью быстрого распознавания язвенных желудочно-кишечных кровотечений.

**Ключевые слова:** кровотечение, язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка.

### Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимает одно из ведущих мест среди патологии желудочно-кишечного тракта, а оказание медицинской помощи при этом заболевании по-прежнему остается непростой задачей га-

строэнтерологии [1-5]. Прежде всего проблемы оказания медицинской помощи больным хронической дуоденальной язвой сохраняются в связи с широкой распространенностью язвенной болезни [6-7]. Заболеваемость язвой ДПК в разных регионах России варьирует от 3 до 21 %

при сохраняющейся тенденции к учащению рецидивов данной патологии и увеличению частоты случаев летальных исходов по причине осложнений заболевания [8, 9].

В России на учете состоит около 3 миллионов больных язвенной болезнью [6], а от последствий неадекватного лечения пациентов с данным заболеванием в стране ежегодно умирает около 6 000 человек [10]. В 35 % наблюдений больные дуоденальной язвой госпитализируются в провинциальные муниципальные учреждения здравоохранения на фоне продолжающегося кровотечения из язвы, что обязывает хирургов проводить хирургическое вмешательство таким пациентам в экстренном порядке. Учитывая нередкую запоздалость госпитализации больных, особенно проживающих

в малых городах и населенных пунктах сельской местности, а также часто несвоевременное проведение хирургических вмешательств на фоне состоявшейся массивной кровопотери, можно констатировать, что выполнение подобных операций сопряжено с большим риском.

**Материалы и методы**

С целью изучения качества диагностики случаев кровотокащей дуоденальной язвы больным, проживающим в провинции, проанализированы данные 165 историй болезней пациентов, оперированных в хирургические отделения муниципальных учреждений здравоохранения (МУЗ) Ленинградской области с 2000 по 2002 гг. Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных, прошедших лечение в МУЗ Ленинградской области по поводу кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки с учетом возраста и пола

Возрастные группы пациентов	Число больных (%), госпитализированных в:				всего
	2000 г.	2001 г.	2000 г.	2001 г.	
	мужчин		женщин		
до 20 лет	2 (2)	1 (1)	-	-	3 (2)
от 21 до 30 лет	13 (17)	9 (14)	1 (9)	1 (8)	24 (15)
от 31 до 40 лет	19 (25)	16 (25)	4 (36)	4 (31)	43 (26)
от 41 до 50 лет	21 (28)	21 (33)	2 (19)	4 (31)	48 (29)
от 51 до 60 лет	14 (19)	11 (16)	3 (27)	3 (22)	31 (18)
более 60 лет	7 (9)	7 (11)	1 (9)	1 (8)	16 (10)
Всего с учетом пола	76 (87)	65 (83)	11 (13)	13 (17)	165(100)
Всего пациентов	141 (85,4)		24 (24,6)		165 (100)

Наибольшее число случаев выполнения хирургических вмешательств мужчинам при ЯДПК приходилось на возрастную

группу от 41 до 50 лет (29,8 %). Женщины наиболее часто оперированы в возрасте от 31 до 40 лет (33,3 % наблюдений).

### Результаты исследования и их обсуждение

Диагностика язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, на ос-

новании только клинических данных нередко представляет трудности, о чем свидетельствуют диагнозы, выставляемые при направлении больных в стационар (табл. 2).

Таблица 2

Диагнозы направления в стационар больных кровоточащей язвой

Диагноз направления	Число наблюдений, чел (%)
язвенная болезнь, осложненная кровотечением	117 (70,9)
неосложненная язвенная болезнь	21(12,8)
острый аппендицит	1 (0,6)
острый холецистит	1 (0,6)
другие заболевания ЖКТ	18 (10,9)
без диагноза	7 (4,2)
Всего	165 (100)

Особое внимание обращает на себя тот факт, что 7 человек направлены медицинскими работниками первого контакта в МУЗ вообще без диагноза. Таким образом, из числа анализируемых наблюдений кровотечение на догоспитальном этапе не было диагностировано в 29,1 % случаев.

Нередко наблюдается поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью. В 8,5 % случаев бригады скорой медицинской помощи вызывались родственниками пациентов на фоне обморочного состояния больных, у которых в течение нескольких суток уже отмечались симптомы кровотечения из желудочно-кишечного тракта (черный кал, учащенное сердцебиение, слабость, вялость, сонливость). За это время клиническая картина острого осложнения язвенной болезни изменялась. Уменьшалась интенсивность болевого синдрома, изменялась локализация болей в животе и т.д., что

затрудняло диагностический процесс, особенно в случаях пребывания пациента в бессознательном состоянии.

Высокая частота ошибок диагностики язвенной болезни, осложненной кровотечением, может быть объяснена и тем, что диагноз направления пациентов в стационары провинции часто устанавливается не врачом, а фельдшером или медицинской сестрой (38,2 %). Очевидно, что вовремя нераспознанное осложнение язвенной болезни способствует задержке госпитализации больного, а это, в свою очередь, приводит к утяжелению общего состояния пациента.

Диагностика кровотечения из язвы у больных язвенной болезнью в ряде случаев представляет затруднения и в условиях стационара (табл. 3). В условиях МУЗ правильный предварительный диагноз кровотечения на почве язвенной болезни устанавливается в 87,3 % случаев. У 11 человек

диагноз язвенной болезни установлен, но рого холецистита. В 9 случаях установлен кровотечение из язвы не констатировано. диагноз другого желудочно-кишечного. Одному пациенту выставлен диагноз ост- заболевания.

Таблица 3

Предварительный диагноз, выставленный больным в стационаре при кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки

Диагнозы стационара	Число наблюдений, (%)
язвенная болезнь, осложненная кровотечением	144 (87,3)
язвенная болезнь	11 (6,7)
острый холецистит	1 (0,6)
другие заболевания	9 (5,4)
Всего	165 (100)

Большинство диагностических ошибок при кровотечении из ЯДПК у жителей малых городов и сельских поселений обуславливалось не только скрытой и атипичной клинической картиной заболевания. Примером недостаточной компетентности некоторых медицинских работников в диагностике кровотечения из дуоденальной язвы может служить следующее наблюдение:

*Больной Т., 41 год. При поступлении предъявлял жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время суток, изжогу, неприятный привкус во рту, чувство горечи, головокружение, общую слабость и отсутствие аппетита. Болен в течение 5 лет. Периодически лечился амбулаторно и в стационаре по поводу хронического гастрита. Последнее обострение наступило две недели назад. Проходил курс терапии ранитидином по 150 мг в сутки. Рентгенологически обнаружены признаки рубцовых изменений луковицы двенадцатиперстной кишки. Осмотрен терапевтом*

*поликлиники и с предварительным диагнозом (обострение хронического гастродуоденита) направлен в больницу. Врачи стационара, осмотревшие больного в тот же день, подтвердили этот диагноз. Несмотря на имевшейся у больного четкий диагноз язвенной болезни, ни один из врачей (терапевт поликлиники, дежурный врач больницы и лечащий врач-терапевт) не поинтересовался у больного сведениями относительно цвета испражнений и не сделал правильный вывод по тем симптомам, которые были налицо: бледность кожных покровов, обложенность языка и болезненность в эпигастральной области. Не было также принято во внимание заключение рентгенолога, отмечавшего наличие деформации луковицы двенадцатиперстной кишки язвенной этиологии. Лишь на третий день пребывания пациента в больнице дежурный хирург на основании бледности кожных покровов, снижения числа эритроцитов в крови, а также жалоб больного на дёгтеобразный кал в течение последних трех*

дней заподозрил желудочно-кишечное кровотечение. Он же провел пальцевое исследование прямой кишки и обнаружил испражнения черного цвета, после чего диагноз кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки не вызывал никаких сомнений.

Очевидно, что в приведенном примере на догоспитальном и госпитальном этапах допущены грубые диагностические ошибки, возникшие из-за невнимательности к данным анамнеза больного и

неправильной оценки симптомов, наличие которых свидетельствовало о язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Диагностика кровотечения при осложненном течении язвенной болезни оказывается довольно затруднительной и при определении показаний к хирургическому вмешательству. Это следует из данных табл. 4, в которой отражены предоперационные диагнозы.

Таблица 4

Предоперационные диагнозы заболевания у пациентов с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки

Предоперационные диагнозы	Число наблюдений, человек (%)
язвенная болезнь, осложненная кровотечением	150 (90,9)
язвенная болезнь, осложненная стенозом, пенетрацией	4 (2,4)
острый аппендицит	1 (0,6)
другие острые хирургические заболевания	10 (6,1)
Всего	165 (100)

В большинстве случаев (90,9 %) хирурги стационаров выставляли правильные предоперационные диагнозы. Однако у 15 больных хирургическое вмешательство начиналось по причине подозрения на другие осложнения язвенной болезни или на другие острые заболевания органов брюшной полости. У этих больных не только кровотечение, но и сама язвенная болезнь перед операцией распознана не была.

Лишь у небольшого контингента больных (8,1 %) кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки верифицировано только во время операции. Вероятно, это было обусловлено малой

выраженностью клинических симптомов самой язвенной болезни, а возможно, стертостью симптомов кровотечения вследствие несвоевременной (запоздальной) госпитализации пациентов.

Анализ состояния диагностики кровотечения из язвы при язвенной болезни ДПК показывает, что частота случаев правильной постановки диагноза оказывается пропорциональной квалификации врачей, участвующих в обследовании больного и выставлении диагноза, а также уровню инструментальной оснащенности лечебного учреждения. Реже всего ошибки допускаются хирургами, которые четко формули-

руют предоперационный диагноз, несмотря на стертость клинической картины заболевания, которая изменяется вследствие поздней госпитализации пациентов.

Анализируя данные о диагностике язвенного кровотечения, очевидно, что на догоспитальном этапе кровотечение у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оказалось распознанным в 70,9 % наблюдений; при диагностике язвенного кровотечения в МУЗ правильный диагноз был поставлен в 87,3 % случаев; в предоперационных эпикризах диагноз язвенного кровотечения не был указан в 9,1 % наблюдений. В 6,7 % случаев диагноз язвенной болезни был установлен только во время операции.

Изучение данных историй болезни больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки, госпитализированных в МУЗ Ленинградской области, показывает, что диагностические ошибки в распознавании язвенного кровотечения обусловлены различными причинами. В значительном числе наблюдений (12,1 %) они возникают в результате грубых погрешностей в сборе данных анамнеза болезни и недостаточной подготовки врачей, направляющих больных в лечебно-профилактические учреждения.

Своевременная диагностика кровотечения язвенной природы зависит от глубины профессиональных знаний врача, его опыта и способности широко мыслить у постели больного, в каждом конкретном случае уточняя анамнестические данные и клиниче-

ские проявления болезни, используя наиболее важные и быстро реализуемые клинико-инструментальные и лабораторные методы исследования. При внимательном и обстоятельном сборе анамнеза, применении наиболее простых общеклинических методов в полном объеме можно своевременно поставить диагноз основного заболевания и его осложнения кровотечением. Однако этого порой не происходит, что подтверждается, в частности, следующим примером.

*Больной Г. 49 лет, доставлен в больницу в 3 ч 20 мин из дома. При поступлении предъявлял жалобы на резкую слабость, головокружение и рвоту «кофейной гущей», возникшую накануне около 19 часов. Больным считает себя в течение месяца, когда впервые после еды почувствовал боль в эпигастральной области. Через час присоединилась рвота съеденной пищей. С этого времени боли и рвота после еды возникали с периодичностью 1 раз в 2-3 дня, но больной к врачу не обращался. Впервые за медицинской помощью обратился неделю назад к терапевту поликлиники. Госпитализирован, установлен диагноз «острый гастрит». В стационаре у больного вновь развилась рвота темно-коричневым желудочным содержимым, но о язве двенадцатиперстной кишки и возможном язвенном кровотечении предположения у медицинских работников не возникло. На следующий день у больного отмечены испражнения черного цвета, значительно (вплоть до обморочного состояния)*

*усилилась слабость. Лишь это обстоятельство послужило основанием для постановки диагноза желудочно-кишечного кровотечения. В срочном порядке больной переведен в хирургическое отделение. При фиброгастродуоденоскопии выявлена язва двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Выполнена экстренная операция – прошивание кровоточащей язвы. Выздоровление.*

Трудности диагностики, особенно в случаях острого заболевания органов брюшной полости, далеко не всегда связаны с необычной клинической симптоматикой. Лишь в 8,5 % случаев причиной диагностических ошибок оказывается недостаточная выраженность клинической картины язвенного кровотечения. Кроме того, медицинский работник первого контакта встречается с больным в ближайшие часы и дни после развития осложнения язвенной болезни. В этот период диагностические ошибки возможны из-за еще недостаточной выраженности симптомов развившегося осложнения.

Язвенное кровотечение в отдельных случаях не сопровождается быстрым появлением рвоты и позывами на стул с выделением дегтеобразного кала. Более чем в 35 % случаев кровавая рвота вообще не наблюдается. Так происходит, когда кровь в желудок из ДПК не поступает или происходит ее регургитация из двенадцатиперстной кишки в очень небольшом количестве. В этих случаях, как правило, так называемой кровавой рвоты часто не быва-

ет. Дегтеобразный кал у пациентов кровоточащей дуоденальной язвой не отмечается в 60 % случаев. Именно в подобных ситуациях возникают серьезные затруднения в диагностике кровотечения из язвы, и больные поступают в стационар с ошибочными диагнозами. В числе анализируемых нами случаев имели место такие ошибки диагноза, как инфекционный миокардит, анемия неясной этиологии. Во всех перечисленных наблюдениях в последующем диагностировано кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки.

#### **Заключение**

Таким образом, чаще всего ошибки в распознавании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, оказываются на догоспитальном этапе. Из 165 анализируемых клинических наблюдений с правильным диагнозом в больницу направлены 117 человек. Среди 48 случаев с ошибочными диагнозами основными их причинами на догоспитальном этапе оказываются дефекты в сборе данных анамнеза заболевания, а также игнорирование самых простых и легко реализуемых приемов и методов исследования с целью быстрого распознавания язвенных желудочно-кишечных кровотечений (расспрос о наличии рвоты, ее характер, определение цвета испражнений, пальцевое исследование прямой кишки, исследование кала на скрытую кровь и др.). Редко ошибочный диагноз установлен в связи со скрытым и малосимптомным

течением самой язвенной болезни и ее осложнением кровотечениями. В единичных случаях эти ошибки возникали, надо полагать, по причине недостаточной специальной подготовки и малой опытности врачей. В МУЗ правильный предварительный диагноз кровотечения из дуоденальной язвы установлен в 87,3 % наблюдений. Ошибки, допускаемые врачами МУЗ на этапе предварительного диагноза, возникают в результате неправильных, неадекватных и нелогичных выводов.

Очевидно, что для достижения лучших результатов диагностики дуоденального кровотечения у больных язвенной болезнью необходимо изменять традиционные подходы к диспансеризации пациентов с этим заболеванием, а также обеспечивать круглосуточное оказание эндоскопической диагностики.

#### Список литературы.

1. Смолькина А.В. Релапаротомии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.В. Смолькина, А.Р. Ахметова, В.И. Миленко // Медицинский альманах. – 2010. – № 1. – С.118-120.
2. Юдин С.В. Оценка эффективности наиболее распространенных методов эндоскопического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С.95-97.
3. Луцевич Э.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов // Хирургия. – 2008. – №1. – С. 4-7.
4. Tseng G.Y. Is there a role for intravenous omeprazole in patients with duodenal diverticular bleeding after successful initial endoscopic hemosta-

sis? / G.Y.Tseng, T.K.Jeng, H.B.Yang, H.J.Lin // Gastrointest. Endosc. – 2008. – Vol.68, №2. – P.405-406.

5. Laine L. Intragastric pH with oral vs intravenous bolus plus infusion proton-pump inhibitor therapy in patients with bleeding ulcers / L. Laine, A. Shah, S. Bemanian // Gastroenterology. – 2008. – Vol.34, №17. – P.1836-1841.

6. Страчунский Л.С. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармакоэпидемиологического исследования / Л.С. Страчунский, В.Т.Ивашкин, Т.Л.Лапина, Н.И. Дехнич и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т.15, №6. – С.16-21.

7. Винокуров М.М. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением / М.М.Винокуров, М.А. Капитонова // Хирургия. – 2008. – №2. – С. 33-36.

8. Черепанин А.И. Стенозирующие кровоточащие пилородуоденальные язвы / А.И. Черепанин, Е.И.Нечипоренко, А.М.Нечаенко, Б.И.Долгих, М.С. Синеокая // Хирургия. – 2008. – №6. – С.31-33.

9. Zhou L.Y. The changes of gastric diseases during the past twenty five years / L.Y.Zhou, Y.Xue, L S.R.in, L.M.Meng, C.F.Li, et al // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. – 2005. – Vol.44, №6. – P.431-433.

10. Чернооков А.И. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А.И. Чернооков, Б.А. Наумов, Е.Н. Белых, Е.С.Сильчук, А.Ю.Катаев // Анналы хирургии. – 2010. – № 1. – С.12-16.



## ABOUT MISTAKES OF DIAGNOSTIC ON STAGES OF MEDICAL AID TO THE INHABITANTS OF RURAL SETTLEMENTS WITH BLEEDING DUODENAL ULCER

Kislenko A.M.<sup>1</sup>, Sidorenko V.A.<sup>2</sup>, Mogila A.I.<sup>3</sup>, Prohorenko A.V.,  
Romanenkov N.S.<sup>4</sup>, Rusakevich K.I.<sup>5</sup>, Smigelsky I.S.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Central military clinical hospitals of the Air Forces, Krasnogorsk,

<sup>2</sup> Hospital of the Municipal Department of Internal Affairs across  
St.-Petersburg and Leningrad region,

<sup>3</sup> Ukrainian army medical college, Novgorod State university of J.Mudrogo,  
[aimogila@yandex.ru](mailto:aimogila@yandex.ru),

<sup>4</sup> St.-Petersburg medical academy after degree formation, federal agency on public  
health services and social development,

<sup>5</sup> The St.-Petersburg State medical university of acad. I.P.Pavlova Roszdrava

<sup>6</sup> Medical Sanitary Part №122, St.-Petersburg

Bleeding duodenal ulcer as peptic ulcer disease complication is one of the most complicated states in abdominal surgery. Analyzing data on the diagnosis of peptic ulcer bleeding found that prehospital phase in patients with bleeding duodenal ulcer has been recognized in 70,9 % in the diagnosis of peptic ulcer bleeding in the Municipal health care correct diagnosis was made in 87,3 % of preoperative diagnoses ulcer bleeding were recognized in 9,1 %. 6,7 % the diagnosis of peptic ulcer was established only during the operation. The main cause of erroneous diagnoses in the prehospital phase was a defect in the assembly history of the disease and the insufficient use of the most common techniques and methods to quickly detect ulcerative gastro-intestinal bleeding.

**Keywords:** bleeding, peptic ulcer, duodenum.