

довался. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины сомнительные. Ректально кал обычного цвета. Гемоглобин 72 г/л. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости имеются множественные чаши Клойбера. При УЗИ брюшной полости патологии не выявлены. Учитывая анемию, бледность кожных покровов, слабость, для исключения желудочного кровотечения назначено ФГДС. На ФГДС обнаружена аденома желудка на ножке, размерами 3х3 см. в области тела желудка и не явилась причиной непроходимости. Желудочное кровотечение исключено. Но больной оперирован по поводу острой кишечной непроходимости.

Название операции: Лапаротомия. Резекция участка тонкой кишки с наложением двухствольной еюностомы. Санация, дренирование брюшной полости.

Описание операции: После обработки операционного поля в условиях интубационного наркоза произведено на средне-срединная лапаротомия. При этом обнаружено высокая кишечная непроходимость на расстоянии 90 см. от связки Трейца. Причиной непроходимости явилась инвагинация тощей кишки. Инвагинат и приводящий отдел тощей кишки темно-багрового цвета, отечный, расправить инвагинат не удалось. Произведена резекция участка тощей кишки с наложением двухствольной еюностомы. Причиной инвагинации явилась аденома тощей кишки на ножке. Врачи эндоскописты приглашены в операционную в связи с обнаружением множественных аденом приводящей и отводящих отделов тощей кишки. Все аденомы (6 образований на ножке) удалены эндоскопически в пределах возможной видимости. При эндоскопическом удалении аденом использовали метод петлевой электроэксцизии. Проведен тщательный контроль на гемостаз, кровотечений не было. При дальнейшей ревизии пальпаторно хирурги

обнаружили аденомы подвздошной кишки (2 образования на ножке), над которыми проводили энтеротомию, удаление аденом, раны подвздошной кишки ушиты. На 15 сутки после операции, учитывая высокую стому, больному произведено операция снятия стомы с наложением анастомоза «бок в бок». На 30-ые сутки больному проведено эндоскопическое удаление аденомы желудка на ножке методом петлевой электроэксцизии. Больной выписан в удовлетворительном состоянии из стационара на 42 сутки после операции. В течение 12 месяцев наблюдения большой жалоб не предъявлял.

Наши результаты применения эндоскопической эксцизии крупных узловых аденом желудочно-кишечного тракта показывает, что в первом случае удалось предотвратить экстренное оперативное вмешательство, во втором случае наша активная тактика эндоскопической эксцизии аденом наравне с хирургами привело к выздоровлению тяжелого больного.

Таким образом, широкое внедрение эндоскопической эксцизии крупных узловых аденом желудочно-кишечного тракта значительно расширяет возможности эндоскопической хирургии, позволяет проводить более рациональную лечебную тактику.

#### Литература:

1. Яицкий Я.Л., Сбдов В.М. Опухоли кишечника. Монография. – Санкт-Петербург. «АНТ-М», 1995.- 376 с.
2. Парфенов А.И. Энтерология. Мед. информ. агентство. М., 2009.
3. Астахов Г.И., Баянов Н.И., Демин В.И., Николаевский О.Ю. Редкая причина острой кишечной непроходимости Хирургия, 1998.- №12.-С.56.
4. Маев И.В., Добрусин В.В., Дичева Д.Т. и др. Капсульная эндоскопия. Медицинский вестник МВД. М., 2003.

УДК 616.33-002.44-07/08+616.342-002-07/08

### ФГДС В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В. В. Фогель, А. И. Тусупбаев, А. А. Галиакбарова  
ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана,  
ГККП «Городская больница №2» г. Астана.

*Ведущая роль ФГДС в своевременной диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки бесспорна. ФГДС позволяет уточнить диагноз, определить точную локализацию, размеры, характер язвы и наличие осложнений патологического процесса, что позволяет выбрать своевременную радикальную тактику оперативного лечения и снизить осложнения и летальность.*

#### **Асқазан мен он екі елі ішек жарасының перфорациясының диагностикасындағы ФГДС ролі**

*Асқазан мен он екі елі ішек жарасының перфорациясының диагностикасындағы ФГДС ролінің маңыздылығына күмән жоқ.*

*ФГДС диагнозды анықтауға, жараның орналасуын, көлемін, жара сипатын, асқынуларын дәл анықтауға, сол себепті оперативті емнің радикалды тактикасын дер кезінде қолдануға, асқынулар мен летальды көрсеткішті төмендетуге мүмкіндік туғызады.*

#### **Endoscopy in diagnostics of perforative ulcers of stomach and a duodenum.**

*Leading role in diagnostics of perforative ulcers of stomach and a duodenum is indisputable. Endoscopy allows to specify the diagnosis, to define exact localization, the sizes, character of the ulcer and presence of complications of pathological process that allows to choose timely radical tactics of operative treatment and to decrease complications and lethality.*

Прободение язвы является тяжелым осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и по-прежнему остается одной из основных причин летальных исходов. По литературным данным частота перфорации гастродуоденальных язв составляет 5-30%. В некоторых случаях прободные язвы желудка и

двенадцатиперстной кишки могут представлять значительные трудности для диагностики, что соответственно этим больным проводится экстренная операция не своевременно и зачастую приводит к летальному исходу. ФГДС позволяет уточнить диагноз, определить точ-

ную локализацию, размеры, характер язвы и наличие осложнений патологического процесса [1,2,3].

В настоящей работе рассмотрены основные моменты диагностики и определения роли фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в своевременной диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

В статье представлены результаты диагностики и лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у 150 пролеченных больных в 2008-2011 годы в ГКП на ПХВ «Городская больница №1» и ГККП «Городская больница №2» г. Астаны.

Возраст больных колебался от 15 до 94 лет. Среди пролеченных больных мужчин было 126, женщин 24. До 6 часов с момента перфорации в стационар поступили 107 больных (74,6 %), до 24 часов поступили 36 больных и позже 24 часов поступили 8 больных. Причинами поздней госпитализации были позднее обращение больных за медицинской помощью, неправильная тактика СВА. Самостоятельно в приемное отделение обратились 36 больных, доставлены на машине скорой медицинской помощи 114 пациентов.

В большинстве наблюдений у больных при поступлении была характерная клиническая картина: резкое начало заболевания, внезапная сильная и постоянная боль в животе, напряжение мышц по передней брюшной стенке при пальпации, положительные симптомы раздражения брюшины.

Диагностика возможной перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки начиналась с клиническо-лабораторного обследования, после чего выполнялись обзорная рентгенография органов брюшной полости, затем ФГДС. Всем больным проведено ФГДС при поступлении в хирургическое отделение, и они оперированы в экстренном порядке. У 126 пациентов (84% случаев) в приемном отделении при обзорной рентгенографии органов брюшной полости было обнаружено скопление свободного газа под куполом диафрагмы справа, у 24 больных (16% случаев) свободный газ не выявлено. Согласно данным ряда исследователей, при обзорной рентгенографии органов брюшной полости газ под куполом диафрагмы или под печенью обнаруживается в 39-85% случаев [2,3]. Причинами отсутствия газа могут быть небольшие размеры перфоративного отверстия, прикрытая перфорация, язвы забрюшинной части двенадцатиперстной кишки и так далее.

Диагностика перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью ФГДС проведена нами всем больным вне зависимости данных обзорной рентгенографии органов брюшной на свободный газ. Данная тактика отработана совместно с хирургами для определения точную локализацию язвы, размеры, характер язвы и наличие осложнений патологического процесса – стеноз, малигнизация, наличие «зеркальных» язв. По данным ФГДС определялся предполагаемый объем операции и тактика хирургического лечения для возможного проведения радикальных операций.

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 инсuffляции воздуха, плохое расправление полости желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие острых воспалительных явлений в области краев язвы, наличие перфоративного отверстия.

ФГДС позволила диагностировать прободную язву у 143 больных. У тех пациентов, у которых при обзорной рентгенографии органов брюшной полости не было

обнаружено скопление свободного газа под куполом диафрагмы, после проведенного ФГДС при повторной обзорной рентгенографии органов брюшной полости появился пневмоперитонеум. Так как обнаружить перфоративное отверстие при ФГДС не всегда удавалось, появление свободного газа после ФГДС служило абсолютным признаком перфорации.

В 31 случае при ФГДС из-за отека, деформации привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки обнаружить перфоративное отверстие не представилось возможным. Кроме этого, при первой обзорной рентгенографии у 24 больных 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 20 случаях.

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, что был подтвержден во время операции.

У остальных 4 больных газа в брюшной полости не было обнаружено даже при повторной рентгенографии органов брюшной полости после ФГДС. В двух случаях выполнена диагностическая лапароскопия и диагностирован перитонит, причиной которого была прикрытая перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. Для уточнения диагноза два пациента находились под динамическим наблюдением, им лапароскопия не проводилась. При наблюдении в течение 12 часов отмечено нарастание симптомов перитонита, и они были оперированы. Во время операции обнаружены перфоративные язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки.

При ФГДС в 10 случаях было выявлено наличие «зеркальных» язв, с перфорацией язв передней стенки двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, роль ФГДС в диагностике перфоративных язв бесспорна. ФГДС также можно использовать для проведения пневмопровакации, позволяющей при повторной обзорной рентгенографии брюшной полости выявить воздух, поступивший в брюшинную полость через перфоративное отверстие. Определение «зеркальных» язв у больного возможно только при ФГДС. Также только при ФГДС можно обнаружить сопутствующую патологию пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, особенно при онкологическом поражении желудка.

На основании анализа собственных результатов можно сделать вывод о необходимости совместных усилий хирургов, гастроэнтерологов, эндоскопистов и врачей интенсивной терапии для определения индивидуальной тактики радикального лечения перфоративных язв.

#### Литература:

1. Турманидзе Г.З. и др. Результаты морфологического исследования желудка в различные сроки после ушивания перфоративных дуоденальных язв. – Georgian medical news, №7-8, 2005, с. 10-16.
2. Неймарк И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Медицина, 1972.
3. Ганжий В.В., Новак С.А. Профилактика моторно-эвакуаторных нарушений у пациентов, перенесших органосохраняющие вмешательства по поводу осложненной язвы желудка. Клиническая хирургия. – 2008.- №11-12.