

Ультразвуковая диагностика отграниченного перитонита, осложнившего «прикрытые» перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки

М. А. Васильева^{1,2}, А. О. Пензина^{2, *}

¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

² ГБУЗ «Городская клиническая больница № 50» Департамента здравоохранения г. Москвы

Ultrasonic diagnostics of the delimited peritonitis of the stomach which has complicated covered ulcers perforation and duodenal gut

M. A. Vasil'eva, A. O. Penzina

Реферат

Проведен ретроспективный анализ данных 15 пациентов, с верифицированным диагнозом «прикрытые» перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки», осложненных отграниченным перитонитом. Пациенты находились на стационарном лечении в 2012 г. и не были прооперированы в первые часы от момента поступления. На этапе приемного отделения всем выполнялись УЗИ органов брюшной полости по стандартному протоколу исследования. Для уточнения диагноза всем пациентам проводилось прицельное УЗИ в сроки 1–3-и сут от момента пребывания в стационаре. Были выявлены следующие семиотические признаки: изменение стенки пораженного органа, наличие перифокального инфильтрата, скопление неоднородной жидкости в месте перфорации и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Прицельное УЗИ с четко сформулированной задачей, на основании клинико-лабораторных данных, является высокоинформативным методом диагностики отграниченного перитонита при «прикрытых» перфорациях желудка и двенадцатиперстной кишки.

Abstract

The retrospective analysis of ultrasonic research of 15 patients with the verified diagnosis «covered» perforation of stomach ulcers and the duodenal gut», complicated by the delimited peritonitis which weren't operated during the first hours from the receipt moment is carried out. Patients were on hospitalization in 2012. At a reception stage by all were carried out ultrasonography of abdominal organs under the standard protocol of research. For diagnosis specification to all patients aim ultrasonography was carried out to terms of 1–3 days from the moment of stay in a hospital. The following semiotics signs were revealed: change of a wall of the struck body, availability of perifocal infiltrate, congestion of non-uniform liquid in a place of the covered perforation, and as availability of free liquid in an abdominal cavity. Aim ultrasonic research with accurately formulated task on the basis of clinical data is a high-informative method of diagnostics of the delimited peritonitis at the «covered» perforation of a stomach and a 12-perstny gut, and as an informative method of diagnostics of infiltrates and abscesses of an abdominal cavity.

* Пензина Анна Олеговна, аспирант кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.
Адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.
Тел.: +7 (926) 222-91-79. Электронная почта: Anya.doc@mail.ru

надцатиперстной кишки (ДПК), а также информативным методом диагностики инфильтратов и абсцессов брюшной полости.

Ключевые слова: УЗИ, «прикрытые» перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки, ограниченный перитонит.

Актуальность

К осложнениям язвенной болезни желудка и ДПК относятся перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз привратника и малигнизация. Частота перфорации гастродуоденальных язв колеблется в пределах 5–15 %. Возраст пациентов с перфорацией обычно составляет 20–40 лет [5]. Перфоративные язвы желудка и ДПК в настоящее время являются простыми в своей диагностике, но в некоторых случаях могут представлять значительные трудности, например, «прикрытые» перфорации, когда яркая клиническая картина сменяется на боль в животе различной интенсивности, перитонеальные симптомы отсутствуют, отмечается субфебрильная лихорадка [1, 2]. Наиболее доступным, быстрым, безопасным и необременительным для пациента является УЗИ, которое дает возможность проведения многократных осмотров, осуществления динамического контроля за пациентами. При выявлении патологического образования возможна его прицельная пункция и верификация, что существенно повышает диагностическую ценность метода [2–4].

Цель: определить возможности УЗИ в диагностике «прикрытых» перфораций желудка и ДПК.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй болезни позволил выделить исследуемую группу, которую составили 15 пациентов —

Key words: the ultrasonography, «covered» perforation of stomach ulcers and the duodenal gut, the delimited peritonitis.

8 (53 %) мужчин и 7 (47 %) женщин с верифицированным диагнозом «прикрытые» перфорации. Из них у 3 (20 %) человек была выявлена язва желудка, у 11 (80 %) — ДПК. Все пациенты находились на стационарном лечении в хирургических отделениях, которым не было выполнено экстренное оперативное вмешательство в первые часы поступления в стационар. Возраст пациентов составил от 36 до 82 лет ($59 \pm 1,4$ года). Исследования выполнялись на ультразвуковых сканерах B&K Medikal Howk (Дания, 2002), Toshiba – Aplio (Япония, 2009) и сканере Philips AU-22 (Philips, США, 2007) с использованием конвексных датчиков для абдоминальных исследований 2,5–5 МГц и линейных датчиков 5–8 МГц.

У 2 (13 %) пациентов с язвенной болезнью желудка и у 9 (60 %) пациентов с язвенной болезнью ДПК была произведена диагностическая лапароскопия с последующей лапаротомией, 4 человека (27 %) не были оперированы в связи с выраженным эффектом от консервативной терапии и положительной динамикой клинико-лучевых и лабораторных данных.

Результаты и их обсуждение

По стандарту оказания медицинской помощи через 2–12 ч (в среднем 5 ч) от момента поступления всем пациентам было проведено первичное УЗИ органов брюшной полости по стандартному

протоколу, с исследованием паренхиматозных органов брюшной полости, желчного пузыря и традиционных зон локализации свободной жидкости в брюшной полости.

При первичном исследовании определялось наличие свободного газа в брюшной полости у 1 (7 %) пациента, у других пациентов на 2-е и 3-и сут пребывания в стационаре (рис. 1, а, б). Всем было выполнено экстренное оперативное вмешательство, при котором подтверждено наличие «прикрытой» перфорации ДПК у 1 (7 %) пациента, желудка — у 2 (13 %) человек.

Поскольку клинические проявления перфорации у пациентов исследуемой группы были выражены умеренно и преобладали проявления отграниченного воспалительного процесса в брюшной полости, для уточнения диагноза было выполнено повторное УЗИ в течение 1–3 сут пребывания пациентов в стационаре. Исследование имело четкие показания, которые были сформулированы на основании клинико-лабораторных данных, носило прицельный характер и выполнялось в зоне наибольшей болезненности. В ходе его проведения были выделены следующие признаки:

- наличие свободного газа в брюшной полости;
- утолщение стенок и изменение процвета желудка и ДПК;
- наличие за их пределами свободной жидкости;
- выраженная аэроколия, обусловленная реактивным парезом кишечника; инфильтрат окружающий зону перфорации;
- у 6 (40 %) пациентов определялось утолщение стенок желчного пузыря и инфильтрация перипузырной клетчатки.

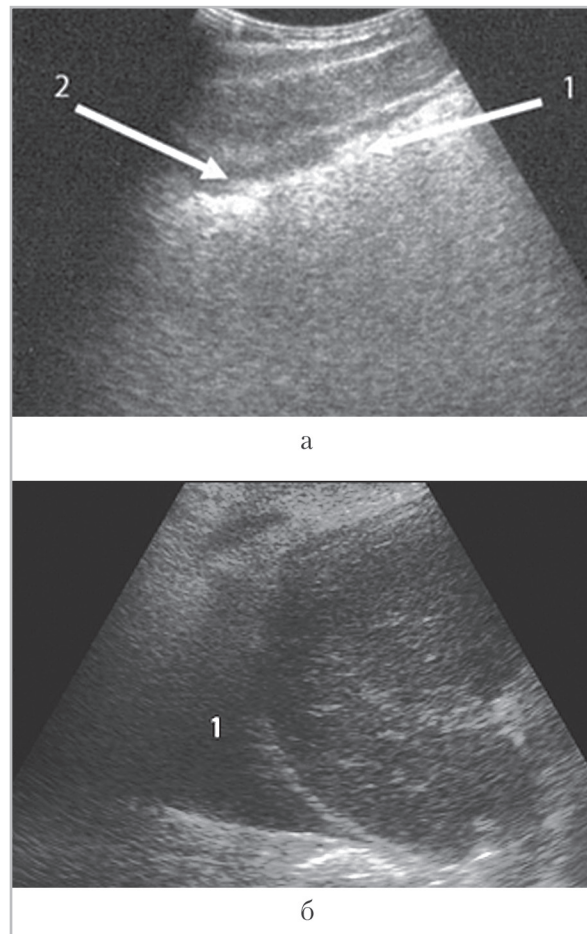


Рис. 1. На эхограммах брюшной полости, выполненных при первичном УЗИ, определяется: а — газ (1) и полоска свободной жидкости (2) под желудком; б — скопление жидкости (1) в правом поддиафрагмальном пространстве

Симптом изменения стенки кишки или желудка выявлялся у всех пациентов. Стенка выглядела в виде неоднородного гипоэхогенного образования неправильной формы (рис. 2, а, б). Толщина инфильтрированных стенок находилась в пределах от 2 до 3 см.

Протяженность пораженного участка достигала 5,5 см.

Симптом наличия перифокального инфильтрата — по периферии измененного участка у всех пациентов визуализи-

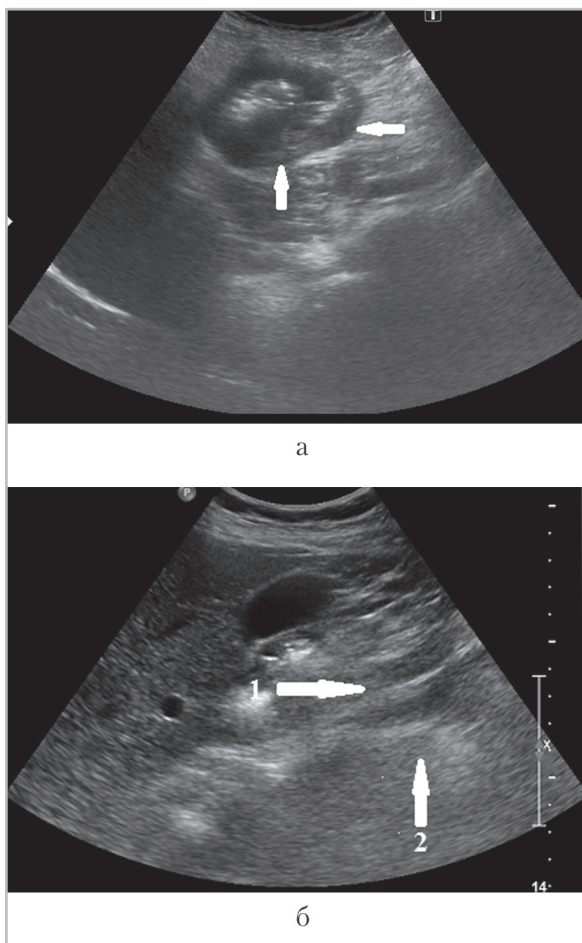


Рис. 2. Эхограммы брюшной полости, на которых определяется: *a* — измененная ДПК с утолщенными гипоэхогенными стенками (стрелки); *б* — измененная ДПК (1) с нечетким наружным контуром, окруженная инфильтратом (2)

зировался инфильтрат в виде образования средней эхогенности, характерным признаком которого была сглаженность ячеистой структуры окружающей клетчатки и нечеткость наружного контура за счет отека. Толщина инфильтрата составила 3,7 см. Однородность структуры инфильтрата зависела от наличия (либо отсутствия) в нем очагов гнойного расплавления. У 7 (47 %) пациентов определялись реактивные изменения со стороны желчного пузыря – инфильт-

трация перипузырной клетчатки и наличие жидкости у дна желчного пузыря (рис. 3, *a*, *б*).

Симптом скопления жидкости был представлен в виде скопления жидкости различной степени однородности между зоной предполагаемой перфорации и перифокальным инфильтратом. Степень однородности жидкости зависела от давности заболевания и диаметра перфоративного отверстия. У 7 (47 %) пациентов, госпитализированных в ранние сроки от момента перфорации, жидкость выглядела анэхоген-

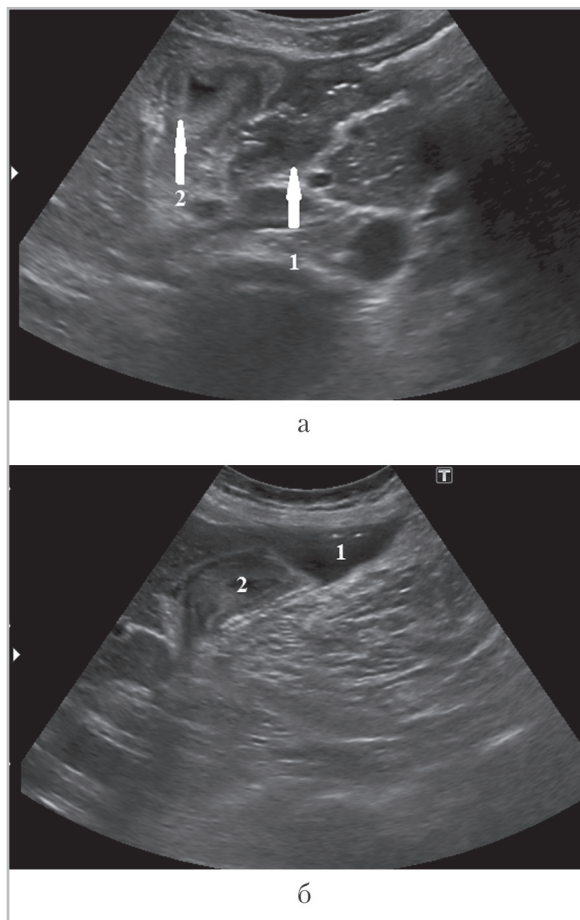


Рис. 3. Эхограммы брюшной полости: *a* — измененная ДПК (1), сокращенный желчный пузырь (2); *б* — отмечается скопление жидкости у дна желчного пузыря (1), желчный пузырь (2)

ной, с единичными гиперэхогенными включениями, у 8 (53 %) пациентов, госпитализированных в поздние сроки заболевания, прицельное УЗИ выявило наличие абсцессов в зоне локальной болезненности в виде жидкостных образований неоднородной структуры, с экзогенными включениями, окруженных капсулой. Объем гнойных полостей составлял 20–150 см³. При использовании линейного датчика удалось визуализировать растянутые жидким содержимым петли кишки с утолщенными стенками и вялой, но сохраненной перистальтикой, между которыми прослеживалась неоднородная жидкость в виде образования неправильной формы (рис. 4, а, б).

Выводы

1. Сопоставление данных прицельного УЗИ с клиническими проявлениями заболевания может выявить признаки прикрытой перфорации ДПК.
2. Прицельное УЗИ с четко сформулированной задачей на основании клиничко-лабораторных данных является высокоинформативным методом диагностики ограниченного перитонита при «прикрытых» перфорациях язв желудка и ДПК.
3. При «прикрытых» перфорациях УЗИ является информативным методом диагностики инфильтратов и абсцессов брюшной полости.

Список литературы

1. Васильева М. А., Егорова Е. А. Клиничко-лучевая диагностика ограниченного перитонита, осложнившего перфорацию двенадцатиперстной кишки // Вестн. рентгенологии и радиологии. 2011. № 3. С. 41–44.

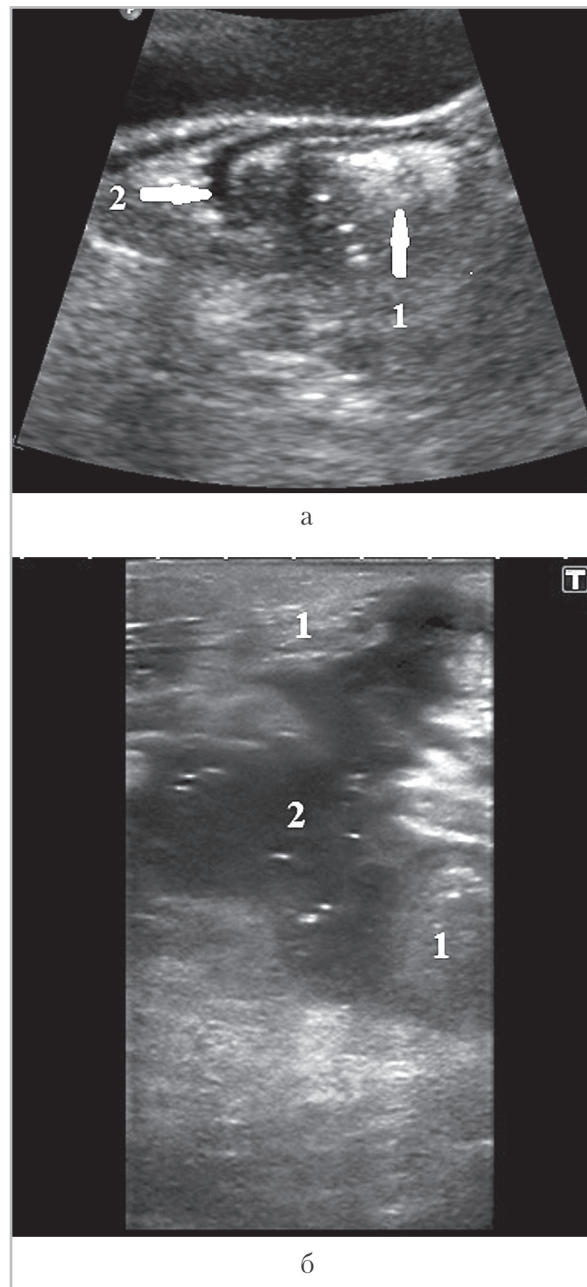


Рис. 4. Эхограммы брюшной полости (а — конвексное сканирование; б — линейное сканирование) на которых определяется: а — измененная ДПК с нечетким контуром (1), окруженная жидкостью (2); б — утолщенные стенки кишки (1) и неоднородная жидкость (2)

2. *Кочергина Е. С.* Пути совершенствования диагностики с целью улучшения хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Владивосток. гос. мед. ун-т, 2003. С. 10–15.
3. *Лемешко З. А., Селиванов В. И., Никуличева В. И.* Ультразвуковая диагностика перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки/ З. А. Лемешко, В. И. Селиванов, В. И. Никуличева. URL: <http://ultrasound.net.ua/materiali/organ-ta-sistemi/stravokhidshlunok-kishechnik/218/>.
4. *Назаренко В. А.* Клиническая и ультразвуковая диагностика острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.: Гос. ин-т усовершенствования врачей Минобороны РФ. М., 2006. С. 8–12.
5. *Шимко В. В.* Осложнения язвенной болезни: Учеб. пос. Благовещенск: Амур. гос. мед. академия, 2010. С. 5–12.

Сведения об авторах

Васильева Мария Александровна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Городская клиническая больница № 50» Департамента здравоохранения г. Москвы, доцент кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Адрес: 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1.
Тел.: +7 (495) 611-04-47. Электронная почта: masha_vasilieva@mail.ru

Пензина Анна Олеговна, аспирант кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Адрес: 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1.
Тел.: +7 (926) 222-91-79. Электронная почта: Anya.doc@mail.ru