

больницами и поликлиниками – 49,2%. Краевыми и специализированными городскими лечебно-профилактическими учреждениями – 23,0% от общего количества больных основной группы и 100,0% от обратившихся.

претация клинических данных, техногенные, субъективные, отсутствие алгоритма направления больного на уровень специализированного лечебно-профилактического учреждения (табл. 2).

Таблица 2

Классификация врачебных ошибок, приведших к несвоевременной постановке диагноза полостной формы периферического рака легких

Группы врачебных ошибок	абс.	%
1. Не правильная интерпретация клинических данных	18	22,7
2. Техногенные	11	13,9
2.1. Предел метода		
2.2. Тяжесть пациента, не позволяющая обследовать больного	-	-
2.3. Субъективные	42	53,2
2.4. Неправильная интерпретация данных лучевой диагностики	23	29,1
2.5. Недостаточная квалификация врача	23	29,1
2.6. Нарушение стандарта обследования (несвоевременное направление в специализированном ЛПУ)	79	100,0
2.7. Низкое качество R-снимков	14	17,7
2.8. Неадекватность выбранного метода исследования	53	67,1
2.9. Сложность случая	15	19,0

Исходя из проведенного исследования, нами классифицированы причины врачебных ошибок, приведших к несвоевременной постановке диагноза полостной формы периферического рака легких основным группой. Выделены следующие группы причин: неправильная интер-

Неправильная интерпретация клинических данных, связанная с атипичностью ее течения, составила 22,7%. Техногенные факторы были связаны с пределом используемого метода исследования и составили 13,9%. Наиболее обширной была группа субъективных причин врачебных ошибок при постановке диагноза полостной формы периферического рака легких: неправильная интерпретация данных лучевой диагностики – 53,2%; недостаточная квалификация врача – 29,1%; низкое качество рентгенологически снимков – 17,7%; неадекватность выбранного метода исследования – 67,1%; сложность случая – 19,0%.

Наиболее существенным фактором диагностических ошибок на наш взгляд являлось нарушение стандарта обследования, связанное с несвоевременным направлением больных в специализированные ЛПУ для углубленного обследования с применением современных методов лучевой диагностики, которое составило 100,0%.

Таким образом, причинами врачебных ошибок в основной группе больных с полостной формой периферического рака легких были: недостаточная выраженность ведущих клинических признаков течения заболевания – 22,7%; отсутствие комплексного подхода в определении объема и методов обследования больного – 53,2%; недостаточность учета основных рентгенологических признаков (локализации, плотности, структуры образования, полости распада) – 67,1%; отсутствие алгоритма направления больного на уровень специализированного лечебно-профилактического учреждения – 100,0%.

Рентгеновская продольная и компьютерная томография в диагностике и дифференциальной диагностике периферического рака легкого // Вестник рентгенологии и радиологии. – М., 1996. – №4. – С.40-45.

4. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. – М.: Медицина, 1994. – 450 с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. – М.: Медицина, 1995. – С.53-131.
2. Позмогов А.И., Терновой С.К., Бабий Я.С., Лепихин Н.М. Томография грудной клетки. – Киев: Здоровья, 1992. – 288 с.
3. Соколов В.А., Карташов В.М., Пивень А.И.

Информация об авторах: 656011, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Бехтерева, 45 т. 8(3852) раб. 261561, e-mail: infec@yandex.ru, Лукьяненко Николай Яковлевич – заведующий отделением, к.м.н.; Шойхет Яков Наумович – руководитель НИИ пульмонологии, заведующий кафедрой, заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н. профессор; Коновалов Владимир Константинович – профессор, д.м.н.

© МИРОНОВ В.И., БРЕГЕЛЬ А.И., АГЕЕНКО В.А., БАШЛЫКОВ Д.В., ХАНТАКОВ А.М., ЕВТУШЕНКО В.В. – 2010

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

В.И. Миронов, А.И. Брегель, В.А. Агеенко, Д.В. Башлыков, А.М. Хантаков, В.В. Евтушенко (Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. Представлен анализ результатов диагностики и лечения 2332 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта различного генеза. У 1635 больных причиной кровотечения явились хронические гастроудоденальные язвы, у 693 – острые поражения слизистой оболочки. Не были оперированы 1278 больных. Общая летальность при язвенных кровотечениях составила 3,1%, послеоперационная – 9,5%. Сделан вывод о необходимости дальнейшего поиска эффективных и надёжных методов консервативной терапии острых кровотечений.

Ключевые слова: острое желудочно-кишечное кровотечение, диагностика, лечение.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT GASTRODUODENAL BLEEDINGS

V.I. Mironov, A.I. Bregel, V.A. Ageenko, D.V. Bashlykov, A.M. Hantakov, V.V. Evtushenko (Irkutsk State Medical University)

Summary. The analysis of results of diagnostics and treatment of 2332 patients with acute bleedings from the upper of a digestive tube of a various genesis is presented. At 1635 bleedings sick by the reason were chronic gastroduodenal ulcers, at 693 – acute lesions of a mucosa. 1278 patients have not been operated. The over-all mortality at ulcerative bleedings has made 3,1%, postoperative – 9,5%. The conclusion is drawn on necessity of the further search of effective and reliable methods of conservative therapy of acute bleedings.

Key words: an acute gastroduodenal bleeding, diagnostics, treatment.

Актуальность проблемы лечения острых гастродуоденальных кровотечений обусловлена высоким удельным весом больных с этой патологией в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и неудовлетворенностью результатами их лечения [1,2,3,6,8].

Подходы к лечению гастродуоденальных кровотечений претерпели глубокую эволюцию в последние десятилетия. Разработка и внедрение в практику современных эффективных и безопасных лекарственных схем позволили значительно улучшить результаты лечения одних видов геморрагий, другие – по-прежнему остаются, в основном, прерогативой хирургов. При таких угрожающих состояниях как кровоточащие гастродуоденальные язвы проведение оперативного вмешательства становится порой жизненно необходимым [5].

Цель исследования проанализировать результаты диагностики и лечения острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного у 2332 больных.

Материалы и методы

Клиника общей хирургии в течение многих лет оказывала круглосуточную экстренную помощь населению областного центра. Наши данные свидетельствуют, что из года в год доля больных с гастродуоденальными кровотечениями различной этиологии в общей структуре неотложной патологии органов брюшной полости возрастает. Если в 80-х годах прошлого столетия (1980-1986 гг.) эти больные составляли примерно 6% от всех госпитализированных в клинику с острыми заболеваниями органов брюшной полости, в период с 1987 по 1993 гг. – почти 8%, в последующие 5 лет – уже 13%. В первые годы третьего тысячелетия (2001-2007 гг.) больные с острыми гастродуоденальными кровотечениями составили 8% от всех экстренно поступивших с неотложными заболеваниями органов брюшной полости. Абсолютное число таких больных увеличилось почти в 2 раза (табл. 1).

Таблица 1

Количество больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями в разные периоды работы клиники общей хирургии

Периоды наблюдения	Количество больных
1988-1992	496
1993-1997	716
1998-2002	1079
2003-2007	1253

Результаты и обсуждение

За последние 10 лет (1998-2007 гг.) под нашим наблюдением находилось 2332 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Изменилась за последние годы и структура кровотечений. Если в начальный период нашего анализа подавляющее большинство составляли больные с хроническими язвами, то в последние годы значительно возросла доля больных с острыми поражениями слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Среди обследованных было 1515 мужчин и 817 женщин. В возрасте до 40 лет было 549 больных, от 41 до 50 – 528, 51-60 лет – 405 и 850 больных были старше 60 лет.

Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. Более 60% из них (1272) были госпитализированы позже 24 часов с момента появления первых признаков кровотечения.

Выбор лечебной тактики зависит от многих факторов и определяется, как мы считаем, прежде всего характеристикой собственно источника кровотечения, интенсивностью геморрагии, успешностью консервативных мероприятий, степенью тяжести кровопотери, а также общими факторами, такими как возраст больных, их исходное состояние, наличие сопутствующих заболеваний.

Примерно у трети (693) наших больных имели место острые поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Это были больные с острыми язвами слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (425), синдромом Маллори-Вейсса (79), острыми эрозивными эзофагитами и

гастритами (128), кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (61). Особенно велика в этой группе была доля больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено, в частности, неконтролируемым приемом стероидных и нестероидных противовоспалительных медикаментозных средств при возрастных поражениях опорно-двигательного аппарата.

У больных с острыми поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки (693) придерживались преимущественно консервативной тактики. Практически во всех наблюдениях в этой группе (689) удалось получить стойкий гемостаз, используя эндоскопические методы остановки кровотечения. При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода устанавливали зонд Блэкмора. Оперированы 4 больных после многократных безрезультатных попыток консервативного и эндоскопического гемостаза.

В 1635 наблюдениях причиной кровотечения стали хронические язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В 546 наблюдениях источником кровотечения были хронические язвы желудка, в 1057 – хронические дуоденальные язвы, в 6 – пептические язвы гастроэнтранастомоза, и в 26 наблюдениях источником кровотечения были сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

У 1278 из 1635 больных удалось добиться стойкого гемостаза консервативными мероприятиями. Эти больные были выписаны из клиники без операции. Неотъемлемой частью консервативной программы считали гемостаз и профилактику его рецидива во время эндоскопии, что позволяет снизить количество неотложных операций при данной патологии [4].

Эндоскопические манипуляции, направленные на прекращение геморрагии, включали обкалывание язвы по периметру раствором адреналина, орошение язвы раствором феракрала, электрокоагуляцию кровоточащего сосуда, аргон-плазменную коагуляцию, клипирование кровоточащего сосуда. Показаниями к преимущественно консервативному лечению считали короткий язвенный анамнез, отсутствие грубых анатомических изменений в хронической язве при эндоскопическом исследовании, отсутствие осложнений в виде пенетрации, стеноза и малигнизации, а также желание и наличие возможностей у больных лечиться консервативно.

357 больных с хроническими язвами были оперированы. Выбор метода и сроков оперативного вмешательства определялся локализацией и характером язвы, возрастом больных, характером сопутствующей соматической патологии.

114 из 357 больных были оперированы по экстренным показаниям. Показанием к экстренным оперативным вмешательствам считали продолжающееся кровотечение, которое не удавалось остановить эндоскопическими методами, либо рецидив кровотечения развивался в клинике на фоне проводимого лечения, сочетание кровотечения и перфорации. Эти операции выполнялись в любое время суток.

60 из 357 больных были оперированы по срочным показаниям в первые 24-36 часов пребывания в клинике. Показаниями к операциям в срочном порядке считали высокую вероятность рецидива кровотечения и отрицательную эволюцию язвы по эндоскопическим данным (выполнение дна язвы полностью или частично свертком крови, наличие в дне язвы крупного тромбированного сосуда, продолжающееся подтекание крови из-под кровяного свертка) на фоне выраженной анемии у больных (содержание гемоглобина менее 80 г/л и показатель гематокрита менее 25%).

183 больных из 357 были оперированы в позднем периоде, в течение 1-3 недель с момента госпитализации в хирургическое отделение. Показанием к хирургическому лечению у них считали наличие хронических язв с грубыми анатомическими изменениями, либо тяжелых осложнений язвенной болезни в виде стеноза, обширной пенетрации, подозрения на малигнизацию.

В анализируемый период (1998-2007 гг.) доля больных, оперированных в позднем периоде, значительно уменьшилась и в последние годы (2006-2007 гг.) не превышала 2%.

Характер оперативных вмешательств при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях варьировал, так как нет единых рекомендаций для выбора рационального метода операции [3]. В 312 наблюдениях были выполнены резекции желудка, в 40 – прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы, в 5 наблюдениях, при высоких желудочных язвах, была

выполнена гастрэктомия. За указанный период наблюдается явное снижение резекционных вмешательств. Если в начальный период анализа (1998-2000 гг.) при гастродуоденальных кровотечениях было выполнено 129 резекций желудка, в 2001-2003 гг. – 113, в 2004-2006 гг. – 65, то в 2007 году выполнено лишь 5 резекций желудка.

Общая летальность в группе больных с язвенными кровотечениями составила 3,1% (51 больной), что не противоречит данным других авторов [2,3,6,7,9,10]. Летальность среди больных, леченных консервативно, составила 1,4% (17 больных), в категории оперированных – 9,5% (34).

Наибольшее количество летальных исходов имело место в группе больных, оперированных по экстренным показаниям (27), среди больных, оперированных в срочном порядке

умерло 5 (8,3%), среди оперированных в позднем периоде летальные исходы наступили в 2 наблюдениях (1%).

Среди умерших в послеоперационном периоде преобладали мужчины (22). 23 больных были пожилого возраста (старше 60 лет). Кровотечение тяжелой степени было у 24 умерших, средней тяжести – у 7 больных.

Причинами летальных исходов среди оперированных больных стали декомпенсированный геморрагический шок (12), тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем (10), ТЭЛА (2), а также хирургические послеоперационные осложнения (несостоятельность швов культи желудка – 5, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки – 5, несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза – 5).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белый В.Я., Чернев В.Н., Насташенко И.Л. и др. Эндоскопическая диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Украинский журнал малоинвазивной та эндоскопічної хірургії. – 2001. – Vol. 5, №1.
2. Вачев А.Н., Корытцев В.К. Почему пол пациента имеет существенное значение при прогнозировании рецидива язвенного дуоденального кровотечения? // Хирургия. – 2006. – №12. – С.24-26.
3. Винокуров М.М., Капитонова М.А. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением // Хирургия. – 2008. – №2. – С.33-36.
4. Гончаров Н.Н. Концепция гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Материалы 8-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-2006». – СПб., 2006. – С.34.
5. Гриднев А.Е. Тактика врача при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта // Медицинская газета

«Здоровье Украины». – 2008. – №6/1. – С.68-69.

6. Казымов И.Л. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2007. – №4. – С.22-25.

7. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В., Малкаров М.А. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Вестник хирургии. – 2007. – №4. – С.76-79.

8. Ломаченко Ю.И., Чайковский Ю.Я. Особенности проблемы гастродуоденальных язвенных кровотечений для областного города // Материалы 8-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-2006». – СПб., 2006. – С.86.

9. Чернеховская Н.Е. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // <http://www.trimm.ru/php/content.php?group=2&id=2326>

10. Шевченко Ю.Л., Корзникова А.А., Стойко Ю.М., Бадуров Б.Ш. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2006. – №11. – С.18-23.

Информация об авторах: 664046, г.Иркутск, ул.Байкальская, 118, кафедра общей хирургии с курсом урологии, тел. 703-716, Миронов Виктор Иванович – профессор, д.м.н.; Брегель Александр Иванович – профессор, д.м.н.; Агеенко Вера Александровна – ассистент, к.м.н.; Башлыков Дмитрий Викторович – врач; Хантаков Александр Михайлович – врач; Евтушенко Виктор Владимирович – врач.

© КОГАН Г.Ю., ГЫМНИНОВА И.С., КАРНОУХОВА О.Г., БОТВИНКИН А.Д., РЕШЕТНИКОВА Ю.В., СВИСТУНОВ В.В., ФАЛИЕВА А.Ю. – 2010

ЛЕТАЛЬНАЯ ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОЙ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Л.Ю. Коган¹, И.С. Гымнинова¹, О.Г. Карноухова¹, А.Д. Ботвинкин¹, Ю.В. Решетникова¹, В.В. Свистунов², А.Ю. Фалиева²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, центр лабораторной диагностики, зав. – Г.Ю. Коган; ²МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач – Л.А. Павлюк)

Резюме. Описано два эпидемиологически связанных случая фатальной инфекции (гнойный эндобронхит, пневмония, абсцессы, сепсис), развившейся у больных, находившихся на ИВЛ после тяжелых хирургических вмешательств. От обоих пациентов выделены идентичные культуры *Klebsiella pneumoniae*, характеризующиеся уникальным спектром резистентности к антибактериальным препаратам (чувствительность только к одному из 30 препаратов).

Ключевые слова: госпитальная инфекция, *Klebsiella pneumoniae*, множественная лекарственная устойчивость.

LETHAL NOSOCOMIAL INFECTION ASSOCIATED WITH MULTIRESISTENT *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

G. U. Kogan¹, I. S. Gimnina¹, O. V. Karnoukhova¹, A. D. Botvinkin¹, U. V. Reshetnikova¹, V. V. Svistunov², A. U. Faliyeva²
(¹Irkutsk State Medical University, ²Irkutsk Municipal Hospital № 1)

Summary. Two epidemiological associated fatal cases (purulent endobronchitis, pneumonia, abscesses, sepsis) in the patients with artificial lungs ventilation after serious surgical interventions have been described. One and the same *Klebsiella pneumoniae* isolates were detected in both patients. This isolate had a unique resistance to antibacterial drugs (sensitive to one from 30 tested antibiotics only).

Key words: nosocomial infection, *Klebsiella pneumoniae*, multiple drug resistance.

В апреле 2010 г. в бактериологической лаборатории Центра лабораторной диагностики Иркутского государственного медицинского университета из клинического материала, поступившего в течение одной недели от разных больных, были выделены две идентичных культуры *Klebsiella pneumoniae*, которые характеризовались множественной

лекарственной устойчивостью. Оба больных умерли в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) после оперативных вмешательств с гнойно-септическими осложнениями. Уникальный спектр антибиотикорезистентности микроорганизмов и тяжелое клиническое течение болезни побудили нас подготовить материал к публикации.