

# ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ СУДОВОЙ МЕДИЦИНЫ

*К.В. Логунов<sup>1,2</sup>, К.С. Шевцов<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский многопрофильный центр МЗ РФ – Клиника СПбГУ,

<sup>2</sup> Медикон, Санкт-Петербург,

<sup>3</sup> СКФ Новошип Технический Менеджмент, Новороссийск, Российская Федерация

## PERFORATED DUODENAL ULCER. CLINICAL CASE OF MARITIME MEDICINE

*K.V. Logunov<sup>1,2</sup>, K.S. Shevtsov<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> St. Petersburg Multidisciplinary Centre – St. Petersburg University Clinic, the Ministry of Health of the Russian Federation,

<sup>2</sup> Medicon (LLC), St. Petersburg,

<sup>3</sup> SCF Novoship Technical Management (LLC), Novorossiysk, Russian Federation

### РЕЗЮМЕ

Из опыта медицинского обеспечения современного танкерного флота приведен пример благоприятного исхода поздней диагностики и запоздалого, отсроченного на несколько суток оперативного лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Разобраны основные особенности медицинской помощи лицам плавсостава.

### Ключевые слова:

морская медицина; неотложная хирургия; острый живот; язвенная болезнь – осложнения, поздняя диагностика и лечение.

### ABSTRACT

We report a favorable outcome of late diagnosed and operated (delayed for several days) perforated duodenal ulcer from the practice of medical support for the modern oil-tanker fleet. Main features of medical care for shipboard personnel are discussed as well.

### Keywords:

maritime medicine; emergency surgery; acute abdomen; ulcer – complications, late diagnosis, delayed treatment.

АД — артериальное давление

ЧСС — частота сердечных сокращений

### ВВЕДЕНИЕ

В связи с выбором Россией стратегического курса на овладение Арктикой и Арктическим шельфом, интенсивным освоением водных маршрутов и прибрежных территорий трассы Северного морского пути в повестку дня неизбежно встают вопросы организации медицинского обслуживания работников и населения в этих непростых условиях [1]. Анализ практического опыта подобной работы [2] демонстрирует слабую готовность медицинского персонала всех звеньев службы скорой и скорой специализированной медицинской помощи к эффективной работе по спасению человеческой жизни на море.

**Цель** — обратить внимание специалистов на исключительные условия труда и быта работников водного транспорта, препятствующие исполнению привычных лечебно-диагностических схем и алгоритмов на всех этапах.

**Задачи работы:** максимально наглядно продемонстрировать трудности организации медицинской помощи на судах и на морских добывающих платформах, показать особенности здравоохранения в таких необычных условиях на примере оказания экстренной медицинской помощи пациенту с атипичной клинической картиной перфорации язвы двенадцатиперстной кишки.

### Клиническое наблюдение

Около 17 ч 15 мин по московскому времени 13 ноября 2012 г. на дежурный телефон службы круглосуточных радиотелефонных медицинских консультаций для судов обратился капитан танкера А-к в связи с заболеванием матроса В. М-ко.

Пациент 57 лет (1955 г.р.) считает себя больным в течение уже нескольких дней. Свободно передвигается, самостоятельно себя обслуживает, исполняет должностные обязанности в полном объеме. Его беспокоит отсутствие аппетита, жажда, немотивированная слабость, общая усталость, неприятное чувство «распирания» живота, уменьшающееся в положении лежа. Дефекации не было в течение 5 последних суток. При внешнем осмотре, выполненном вторым помощником капитана, ответственным за оказание первой помощи и организацию ухода за больными и пострадавшими на борту, каких-либо особенностей не выявлено, рубцов на передней стенке живота нет. Артериальное давление (АД) 120/70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС – пульс) – 110 в мин. Танкер А-к следует Датскими проливами в западном направлении, через сутки предполагается заход в порт г. Гётеборг, Швеция.

Врач-консультант предположил «катастрофу брюшной полости» (острый живот, R10.0) и рекомендовал следующую

щее. Больного уложить в постель, не кормить и не поить, организовать непрерывное наблюдение: контроль ЧСС и АД каждые 2 ч, обратить особое внимание на то, отходят ли газы, измерять окружность живота на уровне пупка, измерять количество отделяемой мочи. Результаты наблюдения записывать с указанием времени определения показателей. Провести повторный осмотр больного, внимательно осмотреть живот, провести ощупывание передней брюшной стенки на предмет болезненности в разных ее отделах, выслушать шумы в животе непосредственно ухом или с использованием фонендоскопа. Перезвонить через 2 ч для обсуждения результатов наблюдения.

Капитан судна предупрежден о возможной необходимости срочной госпитализации заболевшего в береговое медицинское учреждение. Окончательное решение предложено принять при повторной консультации.

Повторный телефонный звонок поступил почти через 4 ч, около 21:00 по московскому времени. За время наблюдения ЧСС составила 107–110 в мин, АД 120/95 мм рт.ст., окружность живота на уровне пупка – 105 см. Газы не отходят. Аускультацию живота не проводили. Врач-консультант вновь рекомендовал выполнить ощупывание передней брюшной стенки и «выслушать» живот. Подробно разъяснена технология манипуляций.

Через 30 мин (около 21:30) следующий сеанс связи. При ощупывании живот плотный, напряженный, болезненный в средних отделах. При аускультации – «немой», никаких шумов, кроме частого глухого биения сердца и редких всплесков, возникающих при сотрясении передней брюшной стенки, определить не удается.

По итогам наблюдения и повторных консультаций вынесено заключение. У матроса В. М-ко, 1955 г.р. острая кишечная непроходимость (K56.7), необходима срочная госпитализация для оперативного лечения. Рекомендовано просить ближайший Морской спасательно-координационный центр об экстренной эвакуации В. М-ко по установленным международным процедурам (MEDEVAC). На время вынужденной задержки больного на борту – строгий постельный режим, не кормить и не поить, наблюдение в соответствии с ранее выданными рекомендациями. Начать антибиотикотерапию (цефтриаксон внутримышечно в соответствии с инструкцией). При задержке эвакуации пациента на срок более 6 ч рекомендована очередная радиотелефонная консультация для корректировки и возможного дополнения лечебных рекомендаций.

В течение следующих 30 мин заключение подтверждено по телефону представителю компании-судовладельца, танкер сменил курс и при прохождении датского порта Скагеноколо по полудню по местному времени (14 ч по Москве) 14 ноября сдал матроса В. М-ко в больницу г. Хьёрринг (*Hjørringhospital*). От момента появления у капитана первых подозрений о возможном серьезном заболевании матроса В. М-ко и первичной радиотелефонной консультации и до госпитализации прошло более 20 ч.

В больнице г. Хьёрринг после непродолжительного обследования, значительно осложненного языковым барьером (врачи и больной могли общаться друг с другом исключительно на английском языке, не являвшемся родным ни для одной из сторон), около 18 ч по московскому времени пациент взят в операционную с диагнозом острой кишечной непроходимости, осложненной перитонитом (K56.7, K65.0). Срединная лапаротомия. На операции: разлитой гнойный перитонит, в полости живота более 3 л гнойной жидкости с остатками пищи, перфорация двенадцатиперстной кишки, предположительной давности – несколько суток. Выполнена санация брюшной полости,

резекция желудка в объеме 2/3–3/4, гастроеюноанастомоз по типу Бильрот-II.

Послеоперационное течение в первые же сутки осложнилось острой почечной недостаточностью (N99.0), диурез составлял не более 400 мл в сутки. С 16 ноября (2-е сут после операции) по 11 декабря проводили гемодиализ, 22 ноября (на 8-е сут после операции) пациента перевели из больницы г. Хьёрринг в госпиталь г. Ольборг (*Ålborghospital*), располагавший техническими и кадровыми возможностями для оказания помощи в данном конкретном случае. Самостоятельная перистальтика у пациента не восстанавливалась ни в больнице г. Хьёрринг, ни в госпитале г. Ольборг, сохранялась лихорадка гектического типа. Выполненная 23 ноября (9-е сут после операции) компьютерная томография выявила абсцесс брюшной полости (T81.4). Абсцесс вскрыт и дренирован 24 ноября, высвобождено около 400 мл гноя, в последующую неделю по дренажам ежесуточно отходило до 300 мл гнойного отделяемого. На фоне септического состояния (T81.1, R57.2) развился интоксикационный послеоперационный психоз (F05.8), уровень гемоглобина не превышал 53 г/л, пациенту регулярно требовалась респираторная поддержка и непрерывные ингаляции кислорода (2 л/мин). После непродолжительного улучшения 15 декабря потребовалось повторное дренирование гнойных полостей, установка дополнительных дренажей большего диаметра.

В целом, интенсивным лечением с использованием и частой сменой новейших антибиотиков датским врачам удалось справиться со всеми осложнениями, относительная стабилизация общего состояния пациента наступила к 28 декабря. Лечащий врач через судового агента предложил судовладельцу рассмотреть вопрос об эвакуации больного для дальнейшего восстановления на Родину (город Н.). В качестве важнейших условий организации медицинской эвакуации матроса В. М-ко из госпиталя г. Ольборг в больницу по месту жительства лечащий врач определил необходимость перевозки пациента авиационным транспортом, лежа на носилках, в сопровождении врача и при постоянной ингаляции кислорода в объеме не менее 2 л/мин. Соответственно потребовался фрахт специализированного санитарно-транспортного авиарейса.

Для оценки целесообразности мероприятия и минимизации медицинских рисков, связанного с немедленной эвакуацией больного на Родину, компания-судовладелец вновь обратилась в службу круглосуточных радиотелефонных медицинских консультаций. Учитывая обстоятельства происшествия, представленные компанией медицинские документы (справки, выписки из медицинской карты) и личный опыт организации эвакуации раненых и больных в различных обстоятельствах, врач-консультант сформулировал следующие предложения.

Состояние больного остается тяжелым, медицинскими показаниями к эвакуации пациента в таком состоянии следует считать невозможность оказания необходимой помощи на месте, т.е. отсутствие врачей соответствующих специальностей и/или квалификации, оборудования и др. необходимых условий. В подобных случаях целесообразна немедленная эвакуация по назначению, т.е. в ближайшее лечебное учреждение, где есть возможность оказать пособие в требуемом объеме. Термин «немедленная эвакуация по назначению» не следует понимать буквально, в условиях отсутствия военных действий, стихийного бедствия или катастрофы целесообразна экономическая и логистическая оценка вариантов: возможно, дешевле и проще организовать доставку требуемого оборудования и врачей к месту лечения, нежели транспортировать больного. Объективных свидетельств о преимуществах лечения

именно в России по месту жительства В. М-ко нет, поэтому медицинских показаний к немедленной эвакуации из больницы датского г. Ольборг в областную или иную больницу г. Н. также нет.

При отсутствии собственно медицинских показаний возможны обстоятельства, оправдывающие эвакуацию иными соображениями. В подобных ситуациях для минимизации рисков, связанных с ухудшением состояния здоровья, транспортировка больного может планироваться и проводиться при одновременном исполнении семи условий: 1) не ранее 8-х сут после операции на органах живота, 2) при восстановлении функций кишечника (регулярное отхождение газов, звуки перистальтики при аускультации, самостоятельный стул), 3) при отсутствии недренированных гнойных очагов (нормальная температура тела в течение нескольких дней, лабораторные показатели лейкоцитоза, близкие к нормальным), 4) при отсутствии дренажей в брюшной полости, 5) при отсутствии кишечного зонда, 6) на фоне стабильной гемодинамики (устойчивое АД и частота пульса, близкие к нормальным), 7) на фоне близких к норме показателей красной крови (уровень гемоглобина не менее 100 г/л, гематокрит не менее 30% и содержание эритроцитов не менее  $3 \times 10^{12}$  /л).

Кроме того, вопрос об организации эвакуации матроса В. М-ко из Дании на Родину обсуждался в последних числах декабря, т.е. накануне длительных общероссийских рождественских каникул. Поскольку праздничные дни несут самостоятельные риски роста числа смертельных исходов в любой крупной больнице, рекомендовано не планировать транспортировку пациента в Россию ранее окончания общенациональных выходных дней.

В итоге, матрос В. М-ко был оставлен для дальнейшего лечения в датском госпитале еще на 2 нед и вернулся на Родину в г. Н. в середине января 2013 г. уже после полной стабилизации состояния. Он прибыл самостоятельно обычным авиарейсом в сопровождении родственников. После возвращения прошел обследование в окружном медицинском центре, лечение и восстановление завершил амбулаторно в медицинской организации по месту жительства.

Мы привели это наблюдение не для обсуждения верности лечебно-диагностической тактики, выбранной врачами на различных этапах оказания медицинской помощи. В описанном наблюдении одной из главных причин запоздалого установления диагноза и оказания оперативного пособия явилась атипичная клиническая картина перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Наблюдавшиеся осложнения вполне закономерны и объяснимы — как задержкой сроков

оказания квалифицированного пособия, так и особенностями выбора первичного оперативного приема. Главная цель — привлечь внимание к специфике морского труда и к тем особенностям, с которыми сопряжено здравоохранение на водном транспорте. Работа на морских судах предполагает весьма необычные производственно обусловленные риски, связанные не только с прямым воздействием известных вредных и опасных факторов труда, но и с особой организацией перевозок водным транспортом.

## Выводы

1. Несмотря на все достижения науки и техники, экипаж любого судна остается «отрезанным» от большинства привычных обывателю благ современной цивилизации, гарантирующих охрану жизни и здоровья. Плавсоставу редко бывает доступна квалифицированная медицинская помощь в те сроки и в тех объемах, которые современная медицина считает необходимыми для успешного лечения экстренных заболеваний и травм. На торговых судах нет медицинского персонала, врач и больная разделены многими сотнями и тысячами морских миль, и не часто это расстояние можно быстро преодолеть. Даже прямой контакт с береговой медициной далеко не всегда означает для заболевшего моряка доступность квалифицированной помощи. Существуют языковые и культурные барьеры.

2. Разобранный случай наглядно демонстрирует: в европейских прибрежных водах, когда берег буквально виден, экстренная эвакуация пациента с установленным диагнозом острого хирургического заболевания и доставка его в больницу растягиваются на десятки часов. Поздняя госпитализация — очень важный фактор, осложняющий организацию медицинской помощи. В здравоохранении на водном транспорте это не дефект, а трудноустраняемая особенность. И стационарные этапы всех видов скорой медицинской помощи к такому повороту событий всегда должны быть готовы.

3. Морская медицина — прежде всего медицина нестандартная. Медицинская помощь на судах не может быть основана на общих порядках и стереотипах. Широко известные из литературы и привычные врачебному сообществу рекомендации и требования редко исполнимы в морских условиях, а устоявшиеся алгоритмы, успешные в обычной жизни, несут опасность серьезных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Будиев А.Ю., Лупачев В.В., Логунов К.В. Медицинские проблемы Арктики // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Естественные науки. – 2013. – № 3. – С. 163–165.
2. Логунов К.В. Эвакуация больных и пострадавших с борта неаварийных морских судов на берег в поисково-спасательных районах ответственности Российской Федерации // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Т. 16, № 3. – С. 49–54.

## REFERENCES

1. Budiev A.Yu., Lupachev V.V., Logunov K.V. Meditsinskie problemy Arktiki [Medical problems of the Arctic]. *Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta*. 2013; 3: 163–165. (Estestvennye nauki). (In Russian).
2. Logunov K.V. Evakuatsiya bol'nykh i postradavshikh s borta neavariynykh morskikh sudov na bereg v poiskovo-spatatel'nykh rayonakh otvetstvennosti Rossiyskoy Federatsii [Medevac Operations in Russian SAR Region]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch'*. 2015; 16 (3): 49–54. (In Russian).
3. Svanes C., Lie R.T., Svanes K., et al. Adverse effects of delayed treatment for perforated peptic ulcer. *Ann Surg*. 1994; 220 (2): 168–175.

3. Svanes C., Lie R.T., Svanes K., et al. Adverse effects of delayed treatment for perforated peptic ulcer // *Ann. Surg.* – 1994. – Vol. 220, N. 2. – P. 168–175.

Поступила 23.12.2015

Контактная информация:  
**Логунов Константин Валерьевич**,  
 д.м.н., профессор  
 Санкт-Петербургского многопрофильного центра  
 e-mail: logounov@mail.ru