

**В.К.КОРЫТЦЕВ, А.А.КОЗЛОВ,
В.Ю.ЩЕРБАТЕНКО, С.С.СКУПЧЕНКО**

Самарский государственный медицинский университет
Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Статья посвящена проблеме лечения пациентов с перфорацией хронической язвы двенадцатиперстной кишки. Проведен анализ отдаленных результатов лечения 160 пациентов трудоспособного возраста, оперированных по поводу перфорации хронической дуоденальной язвы. В контрольную группу вошли 79 пациентов, которым выполнили операцию простого ушивания перфорационного отверстия. 81 пациент составил основную группу. Этим пациентам выполнили операции, направленные на лечение язвенной болезни. Результаты исследования показали, что операция простого ушивания перфорации дает статистически значимое увеличение количества рецидивов язвенной болезни на 35,2%.

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфорация, отдаленные результаты

Корытцев Владимир Константинович – доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии. E-mail: kvk520@mail.ru.

Козлов Анатолий Анатольевич – кандидат медицинских наук, врач-хирург клиники факультетской хирургии. kaa707@mail.ru

Щербатенко Валерий Юрьевич – врач-хирург хирургического отделения № 6. E-mail: shcherbatenko.v@mail.ru.

Скупченко Сергей Сергеевич – врач-хирург хирургического отделения № 6. E-mail: 1983@in.box.ru.

**V.K.KORYTTSEV, A.A.KOZLOV,
V.YU.SHCHERBATENKO, S.S.SKUPCHENKO**

Samara State Medical University
Samara City Clinical Hospital № 1 n.a. N.I. Pirogov

LONG-TERM OUTCOMES TREATMENT IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER PERFORATION

The article is devoted to the treatment of patients with chronic duodenal ulcer perforation. An analysis of the long-term results of treatment of 160 working-age patients, who underwent operation on chronic duodenal ulcer perforation. 79 patients of control group underwent suture plicaton. The main group consisted of 81 patients. These patients were operated on peptic ulcer disease. The results of the study showed suture plication to increase the number of ulcer disease recurrence by 35.2%.

Key words: peptic ulcer, duodenal ulcer, perforation, long-term results

Koryttsev Vladimir Konstantinovich – Doctor of Medicine, Associate Professor, Departmental Surgery Chair. E-mail: kvk520@mail.ru.

Kozlov Anatoly Anatolyevich – Candidate of Medicine, Operating surgeon, Clinic of Departmental Surgery. E-mail: kaa707@mail.ru

Shcherbatenko Valery Yurievich – Operating surgeon, Surgical Department №6 of Samara City Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov. E-mail: shcherbatenko.v@mail.ru.

Skupchenko Sergey Sergeevich – Operating surgeon, Surgical Department №6 of Samara City Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov. E-mail: 1983@in.box.ru.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает ведущее место в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта [8, 10]. Несмотря на явный прогресс терапевтических методов лечения, количество «хирургических» осложнений этого заболевания увеличилось, в том числе и такого как перфорация [6, 9]. В настоящее время при пер-

форации язвы двенадцатиперстной кишки в лечении больных многие практикующие врачи-исследователи предлагают использовать различные операции [4]. Следует отметить, что не менее 50% этих операций заключаются в простом ушивании перфорационного отверстия [3, 5, 7]. Другие авторы считают, что необходимо стремиться выполнить патогенетиче-

ски обоснованную операцию, направленную на лечение язвенной болезни [1, 2].

Цель исследования: обосновать оптимальный объем операции у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

В работе был проведен ретроспективный анализ влияния объема операции при перфорации хронической язвы двенадцатиперстной кишки на отдаленные результаты лечения.

Были обследованы 160 пациентов трудоспособного возраста (средний возраст составил $45,6 \pm 6,1$ лет), которым выполнялись операции по поводу перфорации хронической дуоденальной язвы. В исследование брали только тех пациентов, у которых прошло 4-9 лет от времени выполнения операции. Третий критерий включения в исследование – поступление пациента в стационар до 24-х часов от момента перфорации. Первоначально исследованию подвергались истории болезни пациентов. Затем всем этим больным было выполнено контрольное ФГДС, после чего они ответили на вопросы анкеты.

Распределение больных по характеру выявленного при операции перитонита представлено в таблице 1.

Таблица 1
Распределение больных по характеру перитонита

Характер перитонита	Количество больных
Серозный	89 (55,6%)
Серозно-фибринозный	65 (40,6%)
Гнойный	6 (3,8%)
Всего	160 (100%)

Характер выполненных операций представлен в таблице 2.

Таблица 2
Характер выполненных операций

Способ операции	Количество операций
Ушивание перфорации	79 (49,4%)
Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джадду	51 (31,8%)
Иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду	15 (9,4%)
Резекция 2/3 желудка	15 (9,4%)
Всего	160 (100%)

В зависимости от характера выполненного оперативного вмешательства все пациенты были разделены нами на

2 группы. Контрольную группу составили 79 пациентов (49,4%), которым были выполнены паллиативные вмешательства – ушивание перфорационного отверстия. Основную группу составил 81 пациент (50,6%).

Результаты исследования

При изучении отдаленных результатов оказалось, что жалоб на свое состояние не предъявляли 26 пациентов (32,9%) контрольной группы и 43 пациента (53,1%) основной группы. Разница оказалась статистически значима ($p < 0,05$). Все остальные опрошенные пациенты предъявляли три вида жалоб: боль, изжога и ощущение тяжести в эпигастральной области. Боль носила сезонный характер и зависела от погрешности в диете. Препараты, снижающие кислотность желудочного сока, оказывали хороший эффект для купирования этих болей. При сравнении жалоб у пациентов основной и контрольной групп было выявлено, что боль и изжога статистически значимо чаще встречаются в контрольной группе ($p < 0,05$), а разница в частоте возникновения ощущения тяжести в эпигастральной области оказалась статистически не значима ($p \geq 0,05$).

При обследовании больных группы контроля было выявлено, что у 12 (15,2%) человек в различные сроки после вмешательства развилось язвенное гастродуоденальное кровотечение, по поводу чего 3-м больным была выполнена резекция 2/3 желудка. Еще у 6 (7,6%) пациентов из группы контроля развился декомпенсированный пилородуоденальный стеноз, и всем им была также выполнена резекция 2/3 желудка. В основной группе таких осложнений отмечено не было.

Также было изучено проводимое в послеоперационном периоде консервативное лечение пациентам контрольной группы (паллиативные операции). Все опрошенные пациенты контрольной группы были приняты за 100%. Оказалось, что только 16,5% пациентов принимали регулярно рекомендованные лекарства, 27,8% больных принимали лекарства только при появлении симптомов язвенной болезни. Причиной этого послужило непонимание пациентами необходимости приема лекарств вне обострения. Оставшиеся 55,7% пациентов вообще не принимали никакие лекарства, хотя подтверждали, что были информированы о необходимости продолжения лечения амбулаторно.

При анализе данных контрольного ФГДС было отмечено, что рецидив язвенной болезни на 35,2% чаще развился в груп-

пе контроля ($p < 0,05$). Кроме этого, у пациентов группы контроля на 11,8% чаще были отмечены воспалительные изменения слизистой, сопровождавшиеся рубцовой деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки ($p > 0,05$). В основной группе на 37,0% чаще гастроскопическая картина

была расценена врачом-эндоскопистом как вариант нормы. Разница оказалась статистически значима ($p < 0,05$).

Комплексная оценка отдаленных результатов была проведена нами по модифицированной шкале Visik и представлена в таблице 3.

Таблица 3

Оценка отдаленных результатов по модифицированной шкале Visik

Visik	Контрольная подгруппа	Основная подгруппа	Статистическая значимость
V1 (хорошие)	32 (40,5%)	66 (81,5%)	$p < 0,00001$
V2 (удовлетворительные)	30 (38,0%)	10 (12,3%)	$p < 0,001$
V3 (неудовлетворительные)	17 (21,5%)	5 (6,2%)	$p < 0,01$
Итого	79 (100%)	81 (100%)	-

В основной группе было на 41,0% больше хороших результатов и на 15,3% меньше неудовлетворительных результатов. Повышение относительной пользы составило 43,0%, а повышение абсолютной пользы – 28,0% при выполнении операций, влияющих на патогенез язвообразования. Относительное уменьшение частоты неблагоприятных исходов в основной подгруппе составило 79,0%.

Заключение

Выполнение оперативных вмешательств, влияющих на патогенез язвообразования, приводит к достоверному улучшению отдаленных результатов по сравнению с операцией простого ушивания перфорационного отверстия и статистически значимо снижает количество рецидивов язвенной болезни на 35,2%. Оптимальным оперативным вмешательством у таких пациентов следует считать операцию иссечения перфоративной язвы с пилоропластикой по Джадду и стволовой ваготомией.

Конфликт интересов отсутствует.

Список литературы

1. Асадов С.А., Смирнов Н.В. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник РУДН. Серия Медицина. – 2002. – № 4. – С. 123-129.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в ле-

чении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирургия. – 2009. – № 3. – С.10-16.

3. Поташов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. и др. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 3. – С. 5-7.

4. Совцов С.А. Выбор способа лечения прободной гастродуоденальной язвы // Хирургия. – 2015. – № 11. – С.41-45.

5. Тагиров М.Р., Халилов Х.М., Закиров А.М. и др. Варианты лапароскопического лечения перфоративных пилородуоденальных язв // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6. – № 5. – С.161-166.

6. Koskensalo S., Leppaniemi A. Perforated Duodenal Ulcer: Has Anything Changed? Eur. J. // Trauma and Emerg. Surg. – 2010. – 36 (2). – P.145-150.

7. Lunevicius R., Morkevicius M. Management strategies, early results, benefits, and risk factors of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer // World J. Surg. – 2005. – 29. – P.1299-1310.

8. Sarosi G.A.Jr., Jaiswal K.R., Nwariaku F.E. et al. Surgical therapy of peptic ulcer in the 21st century: more common than you think // Am. J. Surg. – 2005. – 190. – P. 775-779.

9. Wysocki A., Budzynski P., Kulawik J. et al. Changes in the Localization of Perforated Peptic Ulcer and its Relation to Gender and Age of Patients throughout the Last 45 Years // World. J. Surg. – 2011. – 35(4). – P.811-816.

10. Zittel T.T., Jehle E.C., Becker H.D. Surgical treatment of peptic ulcer disease today: indication, technique and outcome // Langenbecks Arch. Surg. – 2000. – 385. – P. 84-96.